



Снежневский А.В.

Лекции по общей психопатологии

Лекция 1. ВВЕДЕНИЕ В ОБЩУЮ ПСИХОПАТОЛОГИЮ, ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ (ГАЛЛЮЦИНАЦИИ)

Курс лекций по клинической психиатрии, как всегда, начинается с изложения общей психопатологии. Слушатели, обычно, настаивают на этом, хотя в имеющихся учебниках и руководствах по психиатрии В.А.Гиляровского, И.Ф.Случевского, О.В.Кербикова и др., Д.Д.Федотова и А.А.Портнова симптоматология психических болезней изложена довольно однотипно. Просьба слушателей, по-видимому, вызывается тем, что в названных учебниках общая психопатология излагается очень кратко, преимущественно в форме определений, чем описания. Наиболее полно общая психопатология изложена в "Курсе общего учения о душевных болезнях" В.П. Осипова. В нем содержатся не только определения, но и подробное клиническое описание. Этим руководством необходимо пользоваться, относясь, конечно, критически к эклектическому толкованию природы психопатологических симптомов, которое в нем имеется.

Курс психопатологии я начну с общего определения предмета психопатологии, места психопатологии среди других медицинских дисциплин, я заранее прошу извинения в том, что изложение этих вопросов, в силу природы самого предмета, будет несколько абстрактным. Но остановиться на месте психопатологии среди других медицинских дисциплин, на

определении этого предмета необходимо. С этими вопросами вы будете встречаться повседневно, даже при разборе отдельных конкретных больных.

Что понимают под общей психопатологией? Общее учение о психических болезнях. Если частная психиатрия изучает отдельные болезни, то общая психопатология или, вернее, общая психиатрия, изучает общие закономерности психического расстройства, типовые психопатологические процессы, природу этих типовых психопатологических процессов (делирий, аменция, галлюцинаторно-параноидное состояние и т.д.). Психопатологические типичные состояния могут возникнуть при разных болезнях, следовательно, они имеют общее значение. Общая психиатрия изучает такого рода типовые психопатологические процессы, их природу, их происхождение (патогенез) и общие становления. Общая психиатрия неотрывна от частной, ибо типовые психопатологические процессы не существуют вне отдельных болезней, они являются результатом обобщения изменений, которые возникают при отдельных болезнях. Следовательно, общая психиатрия строится на обобщении всех тех изменений, которые возникают в течении отдельных психических болезней. Вместе с тем установление общих закономерностей психического расстройства позволяет углубить изучение индивидуального, свойственного отдельным болезням. Вооруженные знанием общих закономерностей, мы глубже проникаем в сущность, в особенности отдельных болезней.

Вместе с тем общая психопатология является составной частью общего учения о болезнях человека. Она является разделом общей патологии.

Понимание общей психопатологии как общего учения о психических болезнях, как раздела общей патологии человека, признается не всеми. Известный психопатолог Ясперс, правильно считающий, что общая психопатология — это учение об общих закономерностях психических болезней, вместе с тем рассматривает общую психопатологию как совершенно отдельную самостоятельную науку, не входящую в общее учение о болезнях человека. Ясперс считает, что общая психопатология — это наука, а частная психиатрия — диагностика, лечение — практика. Он разъединяет общее и частное учения, противопоставляет их, что является абсолютно неправильным.

Общая психопатология возникла в результате изучения отдельных заболеваний, обобщения данных этого изучения. Она зародилась в конце ХУІІІ века в учении о психических болезнях итальянского психиатра Киаруджи, первым высказавшего мысль о едином психозе. В концепции единого психоза содержится обобщение закономерностей, свойственных отдельным

психическим заболеваниям. Говоря о едином психозе, о закономерностях развития единого психоза, Киаруджи совершил первое обобщение особенностей течений отдельных психических заболеваний и этим положил начало общему учению о психических болезнях.

В исследованиях Пинеля, Эскирода, Пелена, Фридрейха содержалось дальнейшее развитие общего учения о психических болезнях, но в их исследованиях акцент делался на симптоматологии. Как вы знаете, в исследованиях Пинеля, Эскироля и других впервые было дано определение слабоумию, галлюцинациям, разделению галлюцинаций и иллюзий; учению о бреде было положено начало также названными психиатрами, таким образом, после Киаруджи психопатология развивалась Пинелем, Эскиролем и другими в направлении разработки симптоматологии психического расстройства.

Основателем общего учения о психических болезнях был выдающийся психиатр Гризингер — психиатр середины XIX века, знаменующий собою вершину развития психиатрии того столетия. В руководстве о психических болезнях Гризингера почти половина отводится изложению общего учения о психических болезнях. В этом учебнике Гризингер впервые высказал мысль, что психическая деятельность имеет рефлекторную природу, Гризингер указывал на важность исследования закономерностей течения психических болезней, общих закономерностей, свойственных всем психозам. Гризингер первым из психиатров пытался осветить проблему взаимоотношения нервной и психической деятельности, которая является дискуссионной еще и сейчас.

Следующий этап в развитии общей психопатологии связан с деятельностью английского психиатра Модели, который применил к исследованию психических заболеваний эволюционный метод Дарвина. Психическую деятельность он пытался рассматривать исторически. Одним из самых важных положений его исследований было утверждение, что клиническая картина психоза зависит не только от особенностей внешних вредностей, а что внешние вредности вызывают психоз через внутренние условия деятельности головного мозга. Так, он показал, что если речь идет о заболевании ребенка первых лет жизни, то какие бы вредности ни действовали на головной мозг, психоз всегда будет протекать только в виде психомоторного возбуждения. Ни галлюцинаций, ни бреда не будет, ибо мозг ребенка первых лет жизни является еще не созревшим, в нем не развились все те возможности, все те функции, которые свойственны мозгу взрослого человека. Если вредности самые разнообразные действуют на ребенка школьного возраста, то психоз у него будет, протекать с возбуждением и уже с галлюцинациями. И, наконец, при заболевании любой

психической болезнью, любым психозом ребенка, находящегося в подростковом возрасте, психоз может протекать и с возбуждением, и с галлюцинациями, и с бредом, ибо внутренние условия деятельности у него приближаются к деятельности мозга взрослого человека. Это положение чрезвычайно важно, ибо оно показывает, что клиническая картина психоза не определяется прямо и непосредственно вредностью, действующей извне, что каждая вредность опосредствуется состоянием головного мозга, индивидуальностью больного. Этим и определяются особенности клинической картины. Это вопрос специфичности клинической картины по отношению к виду вредности психическое заболевание; он дискутируется до сих пор. Как видите, он был поставлен общим учением о психических болезнях еще в середине XIX века и получил естественно-научное освещение прежде всего у Модсли, опиравшегося на эволюционное учение Дарвина.

Следующий этап развития общей психопатологии связан с деятельностью И.М.Сеченова. Учение И.М.Сеченова оказывает возрастающее влияние на мировую психиатрию, судя по выступлениям на 3 Всемирном конгрессе психиатров (1961 г.) и сейчас.

И.М.Сеченов экспериментально доказал рефлекторную природу психической деятельности, показал, что психическая деятельность возникает в результате взаимоотношения человека, индивидуума с внешним миром, что без воздействия внешнего мира психическая деятельность не может развиваться, что внешний мир является источником психической деятельности.

Надо сказать, что И.М.Сеченов дал конкретное описание некоторых психопатологических явлений; так им, пожалуй, впервые был описан делирий занятости (профессиональный делирий), дан его психологический и физиологический анализ. В работах Сеченова его сочинении "Рефлексы головного мозга" указывается на необходимость физиологического исследования природы галлюцинаций.

Ко второй половине XIX века общепсихопатологических фактов накопилось столько, что потребовалась их систематизация. Она была осуществлена немецким психиатром, работавшим одно время в Дерпте (современном Тарту), — Эмингаузом. Он был автор первого сочинения по общей психиатрии, которое называлось «Общая психопатология». И надо сказать, что Эмингауз первым высказал мысль, что общая психопатология есть общее учение о душевной болезни и является частью общей патологии человека. Он также говорил о том, что исследование природы расстройств психической деятельности возможно только в направлении анатомо-

физиологическом (он говорил, что при исследовании душевной болезни надо пользоваться только той психологией, которая основывается на физиологии).

Дальнейшее развитие общего учения о психозах связано Мейнертом, Вернике, а также Джексоном. Однако в работах этих трех крупных авторов вы уже не встретите высказываний Гризингера о рефлекторной природе психической деятельности. Психическую деятельность они уже начинают понимать иначе: как результат внутримозговых отношений. Психическая деятельность рассматривается ими не как результат соотношения мозга с внешней средой, а как продукт мозговой деятельности. Так, Вернике, занимаясь сейюнкцией, трактует ее как результат возбуждения или перерыва сенсомоторной рефлекторной дуги. Собственно так же примерно рассматривает психическую деятельность и Джексон, Он считает вполне развитую психическую деятельность результатом интегративной деятельности различных уровней головного мозга. а психоз — распадом, диссоциацией этой единой интегративной деятельности, и у него психоз и психическая деятельность, в конечном счете, рассматриваются как плод внутримозговых отношений. Если у Вернике — как результат деятельности различных центров, областей головного мозга, то у Джексона — как результат деятельности различных уровней головного мозга. Широта взглядов Гризингера и Модели, рассматривавших психическую деятельность как результат приспособления к внешнему миру, как продукт отражения, в этих концепциях отсутствует.

Вторая половина и конец XIX века, как вы видите, характеризуется снижением общетеоретического уровня в рассмотрении психических болезней; с другой стороны, конец XIX века характеризуется тем, что психиатрами всех стран была проделана огромная работа по исследованию симптоматиологии психических болезней. Исследовались галлюцинации, псевдогаллюцинации, все виды бреда, различного рода симптомы аффективных расстройств и т.д. и т.д. Вся та симптоматиология, которой мы оперируем сейчас, была изучена и описана именно в конце XIX века. К концу XIX века относятся и классические исследования В.Х.Кандинского в области псевдогаллюцинаций и явлений психического автоматизма, и исследования памяти С.С.Корсаковым.

В начале XX века в развитии общей психопатологии происходит сдвиг в сторону психологии, исследованиями мозга психопатологи перестают интересоваться. Это явилось следствием того, что: во-первых, естествознание к началу XX века оказалось бессильным проникнуть в деятельность головного мозга и, во-вторых, в капиталистическом обществе, уже в начале становления империализма, начинает преобладать

идеалистическая философия» Это сказалось на общей психопатологии. Можно привести такие примеры: исследование Берингером расстройств мышления при шизофрении опиралось на интенцию Гуссерля. Шнейдер, исследуя психические болезни» создавая свою клиническую психопатологию, опирался, главным образом, на гештальт-психологию, а в последнее время на учение средневекового философа фомы Аквинского; Мург, изучая галлюцинации, опирался, по существу дела, на концепцию «жизненной силы» Бергсона и т.д. В психопатологии начинают занимать главенствующее место чисто психологические исследования психических расстройств и идеалистическая философия в их толковании. Это положение подтверждает названия книг, монографий по общей психопатологии: выходит "медицинская психология" Кречмера, "Психология аномальных" Груле, "Медицинская психология" Шнейдера, "Клиническая психология" Гельпах и т.д., т.е. все авторы говорят о психологии, о патопсихологии, а не об общем учении о психических болезнях .В значительной мере на это повлиял, надо сказать, и Фрейд, который к исследованию неврозов и психозов подходил именно с чисто психологических позиций.

Следующий, уже современный этап в развитии общей психопатологии связан, как вы знаете, с учением И.П. Павлова. В противовес чисто психологическому пониманию сущности проявлений и природы психических заболеваний, И.П. Павловым выдвигается физиологическое понимание. Он своими исследованиями показывает, что в основе психической деятельности лежит рефлекторная деятельность, которая вместе с тем и физиологическая, и одновременно психическая. И.П. Павлов на основе своих исследований пытался трактовать физиологически и ряд психопатологических синдромов; кататонию, навязчивость, галлюцинаторно-параноидные состояния, аффективные расстройства и т.д. Следовательно, павловское учение противостояло с момента своего возникновения всем тем чисто идеалистическим направлениям, которые стали господствующими в психиатрии всех стран.

Современная зарубежная психопатология является в значительной мере эклектической. Ряд современных зарубежных психопатологов не стесняясь, вполне откровенно говорят о том, что сущность и природу психических расстройств можно понять только на основе положений идеалистической философии (неофрейдизм, экзистенциализм и т. д).

Другая группа психиатров пытается эклектически соединить павловское учение с фрейдизмом, мозговую патологию с павловским учением или с тем же фрейдизмом и т.д. К ним относятся Гофф ,французский психиатр Эй и др.

Здесь мы должны отметить еще одну чрезвычайно важную особенность, которую пережили психиатры несколько лет назад. В результате успехов патофизиологии высшей нервной деятельности некоторые авторы у нас стали доказывать, что общей психопатологии не существует, а есть лишь патофизиология высшей нервной деятельности. В результате предпринимались попытки сведения клинической психиатрии, общей и частной, к патофизиологии высшей нервной деятельности.

Этот вопрос необходимо осветить, так как он, несмотря на кажущуюся отдаленность от нашей практической клинической работы, имеет к ней самое непосредственное отношение» Придется опять вернуться к Гризингеру. Гризингер первый сказал, что психические болезни, это болезни головного мозга. Но вместе с тем он говорил, что психиатрию нельзя свести к патологии мозга, мозговой патологии. Какие же он выдвигал соображения по этому поводу? Во время Гризингера были попытки свести психическую деятельность к электрической деятельности головного мозга, ссылаясь на то, что в основе психической деятельности лежит электрическая активность, определяемая обменом в клетках головного мозга. Гризингер говорил, что у всех людей эта активность характеризуется плюсом или минусом (мы бы теперь сказали — положительным или отрицательным биопотенциалом мозга). Но если она у всех людей одинакова, то почему же мысли, чувства, деятельность у всех людей такие разные? Почему, говорил он, они разные не только у отдельных людей, но и в разные эпохи существования человечества? Он считал, что вопрос о вещественности или не вещественности психической деятельности решить при современном (а это была середина XIX века) состоянии науки невозможно и поэтому невозможно сведение психиатрии к мозговой патологии. Это писалось в 1848 г., т.е. в те годы, когда только появились первые работы К. Маркса, когда марксистское понимание психической деятельности как единства внешней социальной среды в качестве ее источника и деятельности головного мозга, в качестве ее органа, еще не получила распространения.

При исследовании больного обнаруживаем расстройства особого рода -тоскливое состояние, бред, галлюцинации, которые качественно отличаются от фазовых состояний, пунктов инертного возбуждения, торможения и т.д. Перед нами особые закономерности такого же уровня, с какими имеют дело психологи (явления, с которыми имеет дело психолог и психиатр не совпадают, но между ними нет принципиального, глубокого различия). А на этот вопрос ясного ответа пока еще нет. Наиболее близкий к истине ответ на вопрос о взаимоотношении психологических закономерностей и закономерностей физиологических можно найти у И.П. Павлова. В области

психологии он был разработан недавно умершим Рубинштейном. И.П. Павлов все время говорил, что рефлекс, временная связь, это есть одновременно и физиологическое и психическое явление. Рубинштейн, развивая мысль Павлова, говорил, что психическая деятельность рефлекторна, отражательна, она такая же отражательная, как и физиологическая деятельность, как и рефлекс, но по ходу развития рефлекторной деятельности головного мозга возникает особое качество этой деятельности, качество психическое, которое выражается в виде ощущения, восприятия, в виде познания, в виде отношения субъекта к окружающему миру. Психология неотделима от физиологии и психологическое исследование есть продолжение физиологического, оно опирается на физиологическое. Но вместе с тем психическое имеет свои качества, свои закономерности, и, следовательно, психическое не сводимо к физиологическому, хотя в основе психического и лежит рефлекторная физиологическая деятельность. Психическое является особым качеством и с патологией этого особого качества и встречается в своей постоянной практической деятельности психиатр. Вспомним С.С. Корсакова. Он говорил, что психоз, психическая болезнь, проявляется в изменениях личности, а локализуется в переднем мозгу. Следовательно, для С.С. Корсакова психическая болезнь — это единство: с одной стороны, это болезнь личности, с другой стороны, это и болезнь головного мозга. С чем, в первую очередь, сталкивается психиатр при встрече (исследовании) психически больного человека? С явлениями особого рода, особого качества — явлениями психопатологическими и их закономерностями. Мы говорим, что психическая деятельность — это есть продукт единства внешнего мира и деятельности головного мозга. Один мозг, в безвоздушном пространстве, без внешних впечатлений, не может ничего отражать и, следовательно, никакой психической деятельности без внешнего мира не будет. С другой стороны, для того, чтобы психическая деятельности возникла, необходима и деятельность головного мозга. В этом и сказывается единство. Что происходит при психозе? Эта детерминация, обусловленность психической деятельности внешним миром искажается, ослабляется или полностью исключается. У психически больного внешний мир (частично или полностью) перестает быть источником психической деятельности. Психическая деятельность при психозе становится чисто субъективной. На это указывали многие авторы. Тот же Гризингер говорил: чем отличается психическая деятельность душевнобольного от нормального? У душевнобольного все изменения, все мысли, аффекты, чувства, восприятия - происходят изнутри, перестают быть обусловленными внешним миром, а у нормального человека существует гармония между внешним миром и психической деятельностью. Нормальный человек печалится, у него развивается депрессия, если случится несчастье; он радуется,

если исполняются его желания. У психически больного аффект изменяется вне зависимости от внешних воздействий, он изменяется изнутри, т.е. он делается субъективно обусловленным. Следовательно, детерминация, обусловленность психической деятельности внешним миром у психически больного ослабляется, искажается или вовсе исключается, например, при сумеречном или делириозном состоянии. То же самое описал и Рейль, В.И. Ленин это положительно отметил (см. «Философские тетради»). Рейль, разбирая вопросы отношения психической деятельности и внешнего мира, указывал, что при сновидениях, иллюзиях и галлюцинациях обусловленность психической деятельности внешним миром ослабляется, искажается, и психическая деятельность подчиняется прошлому опыту, становится чисто субъективной. Это общее определение психической болезни в этом общем определении вы видите, что психиатр оперирует особыми психическими закономерностями. Он неизбежно переходит к физиологическому анализу, во отправляется от особых явлений, которые носят название психических.

Однако определение психоза как изменения, искажения или не включения детерминации психической деятельности внешний миром является все не полным, оно не отражает всю сущность психического заболевания, является описательным. Но это уже беда не только психиатрии, а и всей медицины. Ведь .общего определения болезни в медицине до сего времени еще нет. И поэтому любое определение психоза, даже у С.С. Корсакова, является в значительной мере тавтологией: "психическая болезнь есть заболевание переднего мозга" — болезнь есть заболевание. Это особенность медицины, медицина является разделом естествознания, наиболее может быть действенный, она принуждена действовать, не дожидаясь. Она борется с болезнью, со смертью а в ряде случаев побеждает болезнь и смерть, не дожидаясь, когда будет открыта природа болезни, сущность болезни, ее этиология. Чума, малярия были в значительной мере побеждены медициной до открытия этиологии этих болезней, до открытия возбудителя. Это особенность медицины. Медицина исследует болезни, не дожидаясь, когда эти болезни получают естественно-научное определение. Об этом очень хорошо сказал

К. Маркс, правда в отношении всей биологии. Он говорил, что биология, в противоположность архитектуре, строит этажи раньше, чем возведен фундамент. То же самое и в медицине. У нас есть этажи - болезни, но фундамента этих болезней пока еще нет. А раз нет фундамента, то нет и полного естественно-научного определения болезни. Определение психической болезни как состояние, при котором детерминация психической деятельности внешним миром изменяется, искажается, исключается, является определением чисто психологическим,

патопсихологическим, но не в полной мере естественно-научным, медицинским.

Не правы ли в таком случае те авторы, которые говорят, что общая психопатология — это часть психологии? Психиатр пользуется психологическими понятиями определяет психоз психологически, не естественно-научно. Тем не менее, мы не можем сказать, что общая психопатология — это часть психологии, общая психопатология оперирует понятиями медицинскими: этиология, патогенез, симптом, синдром. Она пользуется в своей работе критериями общепатологическими; возникновение болезни, исход болезни. Следовательно, она психическую деятельность рассматривает в специфически медицинском аспекте. По этому поводу очень хорошо в свое время сказал Кадыбаум — основатель нозологического направления в психиатрии. Он говорил, что если бы психическую симптоматику описывали чисто психологически тогда этим не нужно было бы и заниматься, ибо психология исследует психические процессы в одной плоскости, а психиатр, психопатолог имеет дело с особыми явлениями природы — галлюцинациями, бредом, инкогеренцией, растерянностью. Это особые явления природы, и исследовать их можно только физиологически. Если физиология нам не поможет, то психиатр должен сам создать физиологический анализ этих явлений. Здесь и проходит водораздел между психологией и психопатологией, но этот водораздел не так прост. При исследовании психически больного мы вынуждены пользоваться психологической терминологией, мы говорим, что больной тосклив, больной возбужден, больной апатичен, больной подозрителен. Если бы мы отказались от этого, то мы бы не могли выразить нашего мнения о больном, у нас нет иного языка. Врач любой специальности, когда он хочет охарактеризовать общее состояние больного, также пользуется психологической терминологией. Психиатрам психология помогла особо, психологическая терминология позволила психиатрам описать всю симптоматику психических заболеваний. Она помогла психиатрам показать, что при психической болезни страдают не только отдельные стороны психической деятельности, но и вся личность, что психиатрия имеет дело как с общими закономерностями, свойственными всем личностям, так и с индивидуальными особенностями.

Но вместе с тем психология причинила и очень большой вред психиатрии. Он заключался в том, что психиатры подпали под власть функциональной психологии, которая всю психическую деятельность разделила на отдельные функции, метафизически разделенные, независимые одна от другой: функция восприятия, функция воли, функция эмоций, функция интеллекта, функция мышления и т.д. Психиатры еще и сейчас говорят, что у больного расстроена, например, функция мышления.

Получается так, что явления - мышление, восприятие и т.д. принимаются за нечто вещественное, могущее болеть: кататония, это болезнь воли, инкогеренция — болезнь мышления. Происходило овеществление явлений, психологический фетишизм и психиатры удовлетворялись этим, считая, что все ясно, если они скажут, что при кататонии происходит заболевание воли, а при депрессии — заболевание аффекта.

При таком понимании изучение мозга, изучение физиологии делалось совершенно ненужным. Достаточно было сказать, что у больного есть заболевание мышления, заболевание воли и все как будто становилось ясным, вот в этом-то сведении природы психического заболевания к функциям психики и была порочность развития психиатрии конца XIX века и начала XX века.

Огромное значение деятельности И.М.Сеченова, И.П. Павлова, Гризингера заключается в их указании на то, что психиатр имеет дело с явлениями, но для познания природы психоза ему нужно отправляться от этих явлений в глубину, соотносить явления с физиологией, продолжать исследование психических функций на уровне физиологическом. Кальбаум писал, что, например, галлюцинации или даже сенестопатии, это не есть заболевание только одной функции; сенестопатии и галлюцинации, как к любой симптом психического заболевания, относятся к особым явлениям природы и при них страдает, изменяется вся деятельность мозга. При сенестопатиях изменяется не только ощущение, но и отношение субъекта к окружающему, изменяется его аффект, изменяется и его ощущение. Следовательно, каждое проявление, каждый симптом психического расстройства является сложным, особым образованием, который нельзя понять с позиций чисто психологических: речь идет о медицинском понимании, о патологии человека, исследование которого должно продолжаться не только на уровне нейрофизиологии, но и общей патологии. И мы знаем, что в психиатрии, так же как и в медицине, так же как и во всей биологии, исследование стало интегральным, основанным на соотнесении уровней исследования, методов исследования. В общей психопатологии, так же как и во всей медицине, речь идет о многоаспектном, многоорбитальном, если можно так выразиться, исследовании. Установив и точно определив симптом или синдром, психиатр переходит от исследования чисто патопсихологического, клинического к физиологическому. Он должен знать, какова природа галлюцинаций, что делается с мозгом, с высшей нервной деятельностью, с низшей нервной деятельностью при галлюцинациях, какие там происходят расстройства. Он не сводит галлюцинации к патофизиологическим процессам, но он соотносит их. Психиатр пользуясь данными другой науки,

привлекая эти данные, исследует галлюцинации на нейрофизиологическом уровне.

Но мы знаем, что мозг является частью организма и что, следовательно, для деятельности мозга важны и другие изменения, во-первых, изменения самой мозговой клетки. Возникает необходимость проводить исследования на самом тонком молекулярном уровне. Далее психопатологу нужно знать, что происходит во всем организме при том или ином психотическом состоянии и он переходит к гуморальному исследованию; там встречается уже с новыми закономерностями, непохожими на нейрофизиологические. Нейрофизиологические закономерности он также не сводит к общепатологическим закономерностям! а соотносит их. В конце концов, в ряде случаев психопатолог переходит к исследованию изменений материального субстрата, он ищет в мозгу, во всем организме, в железах внутренней секреции, в вегетативной нервной системе структурные изменения, изменения субстрата. Здесь он встречается с новыми законами, новыми закономерностями — воспалением, дегенерацией, атрофией и т.д. Это другой уровень исследования.

Следовательно, если психиатр исследует психическое расстройство, если он хочет познать его природу на всех уровнях — клинического, нейрофизиологического, гуморального и молекулярного исследования — он изучает свой объект так же, как изучает представитель общей биологии. Последний описывает те или иные явления животного или растительного мира, сравнивает их и исследует на различных уровнях, вплоть до молекулярного, физико-химического. Он пользуется методом интегральным. Вы видите, что по методам исследования общая психопатология относится не к психологической науке, а к наукам естественным, биологическим. Она пользуется теми же самыми методами, которыми пользуется вся медицина, вся биология. Но вместе с тем она имеет и свои особенности: ее методы. методы первого этапа изучений явлений психоза в известной мере совпадает с психологическими методами. Как исследует психолог нормального человека? По поведению и по самосознанию. Как исследуем мы нашего больного? Ос поведению и самосознанию. Мы пользуемся самонаблюдением больного наряду с исследованием его поведения: мы устанавливаем, как больной относится к действительности, насколько он извращенно ее воспринимает. Мы обращаемся к самосознанию больного — как он сознает себя, сознает ли он себя больным или нет, сознает ли он себя преследуемым или нет, сознает ли он себя находящимся под воздействием или нет, сознает ли он себя изменившимся или нет и т.д.

Иные говорят, что это метод субъективный. Но это неверно, ибо никто из здесь присутствующих, никто из людей всего земного

шара не скажет, что его чувства, его мысли, его деятельность, его отношение к окружающему не реальны. Нет, они реальны и они являются продуктом отражения реального мира в нашем сознании, отражают реальный мир. И вот мы у психически больных исследуем, как изменяется это отражение реального мира и в этом исследовании мы устанавливаем закономерности, свойственные прежде всего всем людям, общепатологические закономерности. Мы при своем исследовании сначала стремимся проникнуть сквозь индивидуальность человека к общим закономерностям, закономерностям, свойственным всем людям; затем, установив их, методом наблюдения и самонаблюдения больного, его рефлексии, устанавливаем, как эти общие закономерности реализуются у данного человека, у данной индивидуальности со всеми присущими только данному больному особенностями. Это-изучение явлений, и в их изменениях уже обнаруживаются закономерностями. А потом, чтобы познавать природу этих закономерностей, мы обращаемся и к другим уровням — нейрофизиологическому, гуморальному и т.д. Таков метод и методика психопатологии.

Вот то, что я хотел сказать вам в качестве введения. Оно довольно отвлеченное, как видите, но без него нельзя приступить к изложению психопатологии. Общая психопатология занимается не только исследованием синдромов, их специфичности, закономерностей смены синдромов. Она занимается общими вопросами патогенеза и этиологии, принципами классификации болезней и общими принципами восстановления нарушенных психических функций. Все эти вопросы я изложу в заключительной лекции по разделу общей психопатологии, а сейчас перейдем к кругу психопатологических явлений.

Непременным законом клинического исследования психически больных является определение статуса больного, т.е. состояния больного, в котором он находится в данный момент. Определение статуса есть определение, квалификация синдрома. Статус и синдром — это идентичные понятия. Как вы увидите из последующих лекций, синдром бывает простым (или «малым») и сложным (или .большим). И в том, и в другом случае важно квалифицировать этот синдром. Если статус определен неправильно, квалифицирован неправильно, то тогда и заболевание диагностируется неправильно. неправильно, не обнаруживаются все его особенности.

Исследование состояния больного начинается с обнаружения отдельных признаков статуса. Важно, чтобы эти признаки были так квалифицированы, определены правильно. Если вместо галлюцинации определяются конфабуляции, или вместо конфабуляции бред, т.е. правильно диагностируется симптом, признак, то и весь статус будет квалифицирован, определен,

«вскрыт» неправильно. Обнаружен в отдельные признаки, правильно их определив, мы устанавливаем взаимосвязь между отдельными признаками или симптомами, проводим большую синтетическую работу и определяем синдром, имеющийся в данный момент, т.е. статус больного.

Определив синдром, мы на основе анамнеза болезни устанавливаем, что предшествовало данному синдрому, какие состояния .т самым мы устанавливаем цепную реакцию синдромов. Синдромы в течении болезни сменяются, один синдром сменяет другой и эта смена происходит не хаотически, а последовательно, закономерно, в этих закономерностях внешне проявляется природа болезни, патогенез. Установив цепную реакцию синдромов и зная не все, а хотя бы отдельные закономерности смены синдромов, мы можем предсказать, какой синдром придет на смену данному синдрому. В зависимости от особенностей цепной реакции, т.е. закономерностей смены синдромов, или, как говорит И.В. Давыдовский, стереотипа развития болезни, устанавливается и нозологический диагноз, или, как указывает В.Х. Василенко, происходит синтез уже на высшем , «третьем» уровне (сначала определение признаков, затем их взаимосвязи — синдрома, затем — определение нозологии;. При известном опыте в некоторых типичных случаях природа болезни ставятся для врача ясной с первого взгляда на больного, но и у тих больных мы, все равно, должны установить особенности его статуса и особенности смены синдромов для того, чтобы определить особенности течения его болезни.

В первый момент мы, естественно, обнаруживаем в статусе больного наиболее ярко выступающие симптомы, они бросаются в глаза. Мы их сначала рассматриваем, искусственно изолируя из всей клинической картины, вычлняя, абстрагируя. Но симптом отдельно не существует, он всегда сосуществует с другими симптомами, в составе синдрома. Мы проделываем абстрагирование, искусственное вычленение симптома для того, чтобы квалифицировать его, определить все его особенности. Это нам нужно для того»чтобы в последующем квалифицировать весь статус. Но при этом всегда надо помнить, что симптомы искусственно вычленены из синдрома, это нужно для того, чтобы не было фетишизма симптомов.

Исследование больного обычно начинается с исследования чувственной части познания, непосредственного отражения больным внешнего мира в вещах, явлениях, внешних связях. Но вместе с тем нужно всегда помнить, что познание едино и что в чувственном познании всегда имеется абстрактная сторона, а в абстрактном-чувственная. Тем не менее, мы можем различать в познании преимущественно чувственную и преимущественно абстрактную стороны, Это выступает и в патологии. Бред

паранойяльный и интерпретативный — это патология абстрактного, рационального познания. Но в ней присутствует и чувственное. Все авторы, изучавшие параноиков, говорят, что они склонны к мечтательности, к фантазированию. т.е. у них всегда имеется чувственный компонент, даже в их интерпретативном, систематизированном, фиксированном бреде. Тоже самое а в галлюцинаторных явлениях, относящихся к патологии чувственного познания; здесь всегда имеется и абстрактная сторона. Но об этом дальше.

Займемся патологией чувственной части познания и в первую очередь, галлюцинациями.

Галлюцинации часто определяют как "восприятие без объекта" «мнимое восприятие с характером действительности». Так, например определяет галлюцинации немецкий психопатолог Клоос. Галлюцинации определяют, таким образом, по-разному, но всегда с отражением всех их особенностей; под галлюцинацией понимают непроизвольно возникающее представление, которое проецируется во вне и приобретает, тем самым, характер неотличимого от действительности. Галлюцинант видит привидение, находящееся среди реальных предметов. Галлюцинаторный образ — это яркое непроизвольно возникшее представление, приобретшее чувственное свойство - не только образное, но и чувственное — и провоцируемое во вне с характером, не отличимым от реальных предметов.

Но сказать, что галлюцинация — это просто восприятие (патология восприятия) невозможно. Авторы, исследовавшие галлюцинации, подчеркивают, что галлюцинация — это есть особое, необычное для самосознания больного, восприятие, которое имеет характер чуждости для самосознания, характер чуждости для «я», и вместе с тем, несмотря на чуждость, оно содержит некую близостьс "я". Любое восприятие, даже необычного предмета, не потрясает так, как потрясает восприятие галлюцинации. Галлюцинация уже с самого начала носит характер особого явления природы и при галлюцинациях дело не ограничивается расстройством восприятия или представления. Например, зрительные галлюцинации чаще всего возникают при наличии помрачения сознания, при котором не только не отражаются внутренние связи вещей и явлений. но и все предметы отражаются искаженно, мышление становится фрагментарным; при помрачении сознания, когда возникают зрительные галлюцинации, исчезает критика. На это обратил внимание психолог Селецкий, работавший еще до первой мировой войны в Киеве. Он говорит, таким образом, что при зрительных галлюцинациях больной, например, видит пламя, без ощущения тепла от этого пламени, без запаха дыма и тем не менее воспринимает его как настоящее, реальное пламя. Следовательно, зрительная галлюцинация сопровождается

изменением самосознания, отношения субъекта к объекту, исчезает при зрительных галлюцинациях и критика. И напротив, при ряде слуховых галлюцинаций критика остается; слуховые галлюцинации, как вы знаете, чаще всего возникают при ясном сознании. Вспомним галлюцинанта-алкоголика. Он, услышав голоса или услышав о себе диалог за стеной (двое обсуждают его личность, прислушивается, пытается войти в дверь соседней комнаты, откуда слышится этот разговор; если разговор слышится сверху, он пытается достать лестницу и заглянуть в окно, проверить, действительно ли там происходит разговор.

Таким образом при зрительных и слуховых галлюцинациях изменение познания различных его уровней и сторон различно. То же самое имеет место и при других галлюцинациях. Например, тактильные галлюцинации часто возникают при помрачении сознания, хотя в последнее время описан хронический тактильный галлюциноз, который может возникать и при наличии ясного сознания.

Галлюцинации разделяются по органам чувств, но не только по пяти органам чувств обоняния, вкусе и общего чувства, существуют различные ощущения: ощущение или чувство человеком своего тела в пространстве, чувство давления, ощущения ее стороны висцеральных органов и т.д. И вот во всех этих чувствах и могут разыгрываться галлюцинации.

Выделяют зрительные галлюцинации, которые по своим особенностям довольно разнообразны и требуют своей классификации, своей систематики. Бывает галлюцинации сценopodobные, когда больной видит перед собой сцены, перед ним разыгрываются события с характером нападений, насилий и т.д.; галлюцинации панорамические — видения ландшафта, часто неподвижные. Галлюцинации могут быть бесцветные, как черно-белые фотографии, или цветные, натуральных цветов или одноцветные (при эпилепсии, например, все окрашено в красный или синий цвет). Галлюцинант может видеть несколько или одну фигуру полностью (например, фигуру человека) или только ее части (одно ухо, нос, один глаз). Тем не менее галлюцинант воспринимает это, хотя видит только часть — как реально существующий объект, ибо его психическая деятельность определяется при психозе субъективными процессами и не детерминируется действительностью.

В зрительных галлюцинациях выделяют, далее, экстракампинные галлюцинации — галлюцинации вне поля зрения. Больной видит и может описать образ мнимого человека, находящегося сзади него; он видит его, хотя и не смотрит на него, и может описать все особенности этого образа.

Слуховые галлюцинации также разнообразны. Здесь различают

акоазмы и фонемы. Акоазмы — это неречевые галлюцинации; больному слышатся отдельные звуки — шум и т.д. При фонемах слышится разговор, речь; это — вербальные слуховые галлюцинации. Вербальные слуховые галлюцинации могут быть в виде отдельных слов (например оклики) и целых фраз. Больной слышит целый монолог, чрезвычайно длинный, обрывки фраз, бессвязные фразы. По интенсивности вербальные галлюцинации различны: это может быть шопот, громкий разговор, оглушающий разговор.

Содержание голосов может быть бранящее, угрожающее, благожелательное. Содержание слуховых галлюцинаций, их характер, нередко связаны с содержанием бреда, с содержанием аффективного состояния больных. Угрозы, обвинения, естественно, возникают чаще при депрессивном состоянии, а благожелательные слуховые галлюцинации при повышенном настроении больных. Выделяют императивное содержание галлюцинаций (приказывающее), причем некоторые психиатры к императивным галлюцинациям отвесят только те, которых больной выполняет приказания голосов. Но правильнее исходить из того, что императивными галлюцинациями вне зависимости от того, выполняет или не выполняет эти приказания больной, считать галлюцинации, в содержании которых заключается приказание.

При галлюцинациях обоняния и вкуса, которые порой трудно различить (особенно трудно отличить их от псевдогаллюцинаций, о чем речь пойдет дальше), больной испытывает отвратительный или приятный запах. При вкусовых галлюцинациях речь идет о появлении несвойственного пище вкуса - горького, солевого, жгучего и т.д. А при галлюцинациях такого рода трудно сказать, идет ли речь о галлюцинациях или об иллюзиях. Галлюцинации, как известно, это мнимые восприятия, а иллюзии — искаженные восприятия. Когда больной ест пищу и чувствует неприятный, не присущий данной пище вкус, то трудно определить, является ли это галлюцинацией или иллюзией (искажением вкуса). Этот вопрос остается в психопатологии неясным, нерешенным и каждый автор рассматривает это по особому. Чаще всего в этих случаях речь идет не об иллюзии и не о галлюцинации, а о псевдогаллюцинации (я об этом скажу дальше).

К тактильным галлюцинациям относится восприятие на коже или под кожей посторонних предметов, животных, насекомых, червей и т.д. Во всех этих случаях речь идет о предметном восприятии (но, конечно, ложном, мнимом;) с восприятием насекомого, червя и т.д., т.е. законченного предмета, а не просто о беспредметном, мнимом ощущении. Последние относятся к сенестопатиям, а не к тактильным галлюцинациям.

К галлюцинациям относят, далее, ощущение жара на определенном участке тела (температурные галлюцинации), чувство схватывания (гаптические галлюцинации), ощущение присутствия влаги на той или иной поверхности тела (гигрические галлюцинации) и, наконец, галлюцинации внутренних органов (висцеральные галлюцинации), когда больной ощущает в полости тела предмет, животное: жабу, лягушку, змею, описывает ее движения, воспринимает все это как предмет. Эти галлюцинации также относятся к редким и трудно дифференцируемым от псевдогаллюцинаций.

Чаще, чем с истинными галлюцинациями, иногда наряду с ними, мы у постели больного, встречаемся с псевдогаллюцинациями, которые порой трудно отличить от истинных галлюцинаций, истинные галлюцинации при некоторых болезнях, при некоторых прогрессирующих процессах могут переходить в псевдогаллюцинации. Какое же между ними отличие? Есть очень популярное банальное отличие, гласящее, что истинные галлюцинации — это видения и голоса, исходящие извне, из реального пространства, а псевдогаллюцинации — это голоса, которые звучат внутри головы, или видения, возникающие во внутреннем, субъективном поле зрения, в том поле зрения, в котором возникает наши представления. Когда мы что-нибудь хотим представить себе — какое-нибудь здание, конкретный предмет, конкретную личность, то у нас этот образ возникает во внутреннем пространстве, во внутреннем поле зрения. Так вот и псевдогаллюцинации, якобы, возникают только во внутреннем поле зрения. Это определение неполное и неточное. Псевдогаллюцинации могут, также как и истинные галлюцинации, проецироваться вовне, больной может утверждать, что его преследователи показывают ему картины на стене, т.е. в реальном пространстве, и это будут все же псевдогаллюцинации, а не истинные галлюцинации. И, наоборот, больной может слышать голоса, исходящие из желудка, из внутреннего пространства, но это будут истинные галлюцинации.

Какие же общие отличия псевдогаллюцинаций от истинных галлюцинаций? Во-первых, они заключаются в различии самосознания больного, в отношении больного к галлюцинациям. При истинных галлюцинациях больной идентифицирует видения, голоса с реальными явлениями, не различает их. При псевдогаллюцинациях больные говорят об особых видениях, об особых голосах, т.е. они не идентифицируют их с реальными явлениями, а отличают их от последних. Это, однако, не значит, что они критически к ним относятся. Нет, им «показывают» видения и эти видения существуют, но это особые видения, отсутствует лишь идентификация с реальными явлениями, имеется отношение к псевдогаллюцинациям, как к явлениям особым. Это одно. Второе: псевдогаллюцинации, как

правило (могут быть и исключения), возникают с характером сделанности. Больной не слышит "голоса", а ему "передают" голоса, "делают" голоса, "вызывают" звучание мыслей, «вызывают» видения во сне, внутри головы, но во всяком случае их "вызывают". Характер сделанности, характер воздействия сопутствует, как правило, псевдогаллюцинациям.

Псевдогаллюцинации, так же, как и истинные галлюцинации, могут быть зрительными, также со всеми своими особенностями - бесцветные, натурального цвета, одноцветные; тотальные - больной видит целый образ, видит человека, фигуру и парциальные - видит часть тела, часть вещи; они могут быть неподвижные и подвижные. В описании Кандинского больной видел целые события китайской революций — это были сценopodobные псевдогаллюцинации — и видел их проецированными вовне, но тем не менее это были псевдогаллюцинации. Они могут быть сценopodobными, но каждый раз они возникают с характером сделанности.

То же относится к слуховым псевдогаллюцинациям. Здесь могут быть беззвучные голоса, громкие, знакомые, незнакомые, женские, детские, мужские, произносящие отдельные слова, бессвязные фразы и целые связанные монологи, рассказы. Псевдогаллюцинации могут быть и императивного порядка.

Псевдогаллюцинации могут быть отонятельными и вкусовыми. Больному «делают» запахи, «вызывают» отвратительный вкус пищи. Псевдогаллюцинации могут быть и висцеральными: больного «начинают» микробами, пресмыкающимися, «вызывают» рост опухоли. Повторяю, во всех этих случаях речь идет о восприятии, а не об ощущении: в животе имеются пресмыкающиеся - лягушки, змеи, т.е. предметы, а не только ощущение слизи, холода и т.д. В отличие от истинных висцеральных галлюцинаций, псевдогаллюцинации этого рода возникают с характером сделанности.

В большинстве случаев к псевдогаллюцинациям, а не к истинным галлюцинациям, относятся кинестетические галлюцинации. Больной ощущает, что его конечности двигаются, когда на самом деле они находятся в покое. Больной ощущает, что язык его действует помимо его воли, говорит не он, а говорит при помощи его языка. Это относится к речедвигательным галлюцинациям. Но это уже, пожалуй, больше, чем галлюцинации. Здесь больной действительно говорит, но с характером, что это говорит не он, а говорят его языком слова, которые не принадлежат ему. Здесь мы переходим к явлениям более сложным, относящимся уже к характеру отчуждения, явлениям деперсонализации, о чем речь будет дальше.

Повторяю, в процессе развития болезни, при прогрессивности болезни, можно проследить, как у больного постепенно истинные галлюцинации переходят в псевдогаллюцинации. очень часто при хронических алкогольных галлюцинозах истинные галлюцинации по мере развития болезни начинают все более и более приобретать характер псевдогаллюцинаций с характером сделанности. Это развитие происходит одновременно с развитием бреда физического воздействия, на больного действуют током, лучамм в т.д., действуют космически, влияют радаром и вызывают у него видения или голоса. Этот переход истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации в усложнение галлюцинаторного синдрома с появлением бреда физического воздействия, с превращением простого, малого синдрома, в сложный синдром, указывает на наличие прогрессивности процесса, ухудшение течения болезни. В ряде случаев имеются трудности в отличии истинных галлюцинаций от псевдогаллюцинаций, в особенности зрительных псевдогаллюцинаций. Зрительные псевдогаллюцинации возникают и при наличии ясного сознания, но чаще всего они возникают, предшествуя онейроиду, вечером, при наличии некоторого торможения, так что элемент торможения все же участвует и здесь.

Ограничимся пока тем, что сказано о галлюцинациях и псевдогаллюцинациях и посмотрим больных.

— Что Вас мучает?

— Голоса мучают.

— Что это за голоса?

— Я не знаю, где они говорят, наверху или в корнях волос.

— Как их слышите — как мой голос?

— Все равно как человек говорит.

— Что они говорят?

— Говорят так: ты должна соблазниться, ты должна с нами говорить, ты должна с нами работать, ты работать должна... Мне неудобно говорить.

— Это все врачи.

— Говорят: "Ты проститутка, мы тебя будем продавать, ты должна предлагать себя мужчинам, мы тебя будем продавать, ты все равно издохнешь, мы тебя задавим, задушим..".

- Кто это говорит — мужчины, женщины?
- Мужчины и женщины говорят, голоса, много голосов.
- Обращаются к вам?
- Да.
- Или между собой говорят?
- Со мной. И днем говорят, и ночью говорят, мне покою нету. Начинают песни петь, начинают безобразничать, начинают выражаться.
- Кто это такие?
- А я не знаю.
- Как думаете?
- А я не знаю. Я вам говорю корни волос болят.
- Это болезнь или на самом деле говорят?
- Я не знаю. Они мне покою не дают.
- Это Ваши знакомые говорят?
- Нет, никакого знакомого у меня нету.
- Чужие люди или знакомые?
- Откуда они мне знакомые? Я говорю, это болезнь, потому что мне покою нет.
- Эти голоса существуют на самом деле или не существуют?
- Я не знаю, по вашему как?
- А Вы как думаете?
- Я думаю так, что у меня болезнь. Я лежу в больнице, а толку нет...
- Значит этих голосов нет, это проявление болезни?
- Я не знаю. Я Вам говорю, я была на Пироговке две недели...
- А видений не бывает у Вас?

— Видений не бывает, а говорят только: "Мы тебя все равно задушим". Я нахожусь одна, у меня никого нет, в компании нахожусь одна... Они говорят: "Сейчас мертвецы поползут из-под кровати"...

— Вы видите их?

— Нет, не видела... Вы мне скажите теперь — что это?

— Болезнь.

— Я тоже говорю, что болезнь...

— Вы подумайте, я только вышла из больницы, пошла у сестры: 3 недели пробыла и опять в больницу попала. Что же это?

— Необходимо продолжать лечиться.

— Я лечусь. Если можно, я всех прошу, чтобы помогли мне.

(больная уходит)

Как вы видите, по яркости, интенсивности, выраженности этих галлюцинаций они относятся к истинным, но в них уже имеются особенности, отличающие их от истинных. Они еще полностью характера псевдогаллюцинаций не приобрели, но некоторые предпосылки к этому имеются. Во-первых, больная не идентифицирует их с реальным миром, она говорит — "может быть это проявление болезни". Затем галлюцинации эти начинают уже звучать не только из реального пространства, но из тела, из волос. Содержание их, наряду с императивным, начинает приобретать характер воздействия (мертвецов "показывают"). Не исключено, что мы наблюдали сейчас больную, у которой истинные галлюцинации начинают проявлять тенденцию к переходу в псевдогаллюцинации, но этот переход еще выражен недостаточно четко, недостаточно ясно; однако тенденция к этому уже обнаруживается.

Посмотрим другую больную.

(входят другая больная)

— Что Вас тревожит?

— Очень тревожит.

— Что?

— Все время голоса меня очень изводят, наводят на меня аппарат. предъявляют мне обвинения, хотят меня забрать из

дома. Я плачу, никуда не выхожу, целую неделю не кушала.

— Это по болезни, или действительно наводят аппарат?

— Мне кажется, что наводят аппарат .

— Почему Вы так думаете?

— Потому, что я проверяла себя. я уезжала из дома к родными там не слышала. Возвращалась обратно домой и опять слышала. Иду в магазин, я слышу мне говорят: "что же ходишь, зараза. Иди, тебя там ждет муж".

— Кто это делает, с какой целью наводят на Вас аппарат?

— Я только прошу, чтобы мне помогли.

— Мы поможем, но кто это?

— Организация ...

— Почему они обращаются к Вам?

— Я не знаю, отчего. Это с 54-го года.

— А как Вы их слышите — через уши или как?

— Через уши. Я пробовала заткнуть уши, но начинается сильная головная боль. Я накрывалась платком, ложилась спать, все равно отворачивают. Вот в последнее время, как попасть в отделение, он мне сказал "Накинь платок и приходи в оперативный отдел в 105 отделение.

— Они Вам только говорят этим аппаратом или еще что-нибудь вызывают?

— Нет, только это.

— А видений каких-нибудь не вызывают?

— Нет.

— Мысли не путают?

— Мысли не путают, а вот мои мысли, мои чувства говорят.

— Как это?

— Я хочу только сказать, они сейчас же повторяют.

- Этим аппаратом?
- Да,
- Как они узнают?
- Не знаю.
- Вы задумываетесь над этим?
- Нет, я только прошу, чтобы какой-нибудь конец, я устала мучиться (плачет). Приду домой, опять начнут.
- Почему именно они к Вам обращаются, как Вы думаете?
- Не знаю...
- Но думали об этом? Что предполагаете?
- Сначала я предполагала, что может быть я сделала какое-нибудь преступление. Я член партии с 1931 г. меня не исключали, зовут на собрания. Нет, не знаю, что я сделала,
- А Вы их мысленно спрашивали?
- Спрашивала.
- Вслух или мысленно?
- Вслух.
- Ну и что?
- Ответили мне: "Придем и заберем тебя».
- А не бывает, что аппаратом влияют на Ваше настроение?
- У меня настроение все время подавленное, жизни нет, ничего я не хочу, живу без всякого желания.
- А Вы подчиняетесь им, когда говорят: "надень платок, иди в оперативный отдел»?
- Нет, я не пошла, страх меня охватил и я не пошла.
- А почему мы не слышим этих аппаратов?
- Дети мне говорят, что мы ничего не слышим мама, а ты говоришь, слышишь... А я сижу в комнате, все слышу, со мной трое детей, говорят: "Мы ничего не слышим, значит у тебя это

болезнь, поэтому ты слышишь.. А я слышу голос мужской и женский. Помогите мне»

— А эти голоса как реальные слышатся?

— Реальные.

— Вы не можете их отличить от реальных голосов — от моего голоса? Они такие же точно? Такие же реальные?

— Такие же реальные.

— И Вы удивляетесь, что дети не слышат?

— Да.

— А исходят они откуда?

— большей частью... трудно сказать. Последнее время я ходила по Полянке, у Каменного моста и слышала и от Серпуховки, ходила по Зацепе, тоже слышала.

— Почему Вы думаете, что это аппарат?

— Потому что он предупреждал, что это секретный аппарат и его разглашать нельзя. Он меня предупредил, что разглашать нельзя.

(больная уходит)

Тоже чрезвычайно интересный, чрезвычайно трудный в отношении дифференциальной диагностики симптом больной. Как Вы видите, у нее имеются явления воздействия; аппарат действует, узнает ее мысли, а вместе с тем, голоса, которые она слышит, носят характер истинных галлюцинаций, она удивляется, что дети их не слышат, она не может их отличить от реальных голосов, они исходят из определенного пространства. Истинные галлюцинации приобрели характер воздействия, но они еще псевдогаллюцинациями не стали. Следовательно, и в этом случае имеется известный переход от истинных галлюцинаций к псевдогаллюцинациям, более яркий, чем у предыдущей больной. Никто еще клинически как следует не описал все закономерности этого перехода, еще не известно, что при переходе истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации появляется раньше; явления воздействия ("аппараты"; симптом открытости ("узнавание мысли"; или галлюцинации начинают приобретать особый характер, отличный от реальных голосов. У этих больных мы видим такую закономерность перехода: первоначально появляется воздействие, а галлюцинации еще сохраняют свой характер истинности. истинный характер

галлюцинаций второй больной подтверждается тем, что она ясно определяет направление источника голосов.

Посмотрим еще одного больного.

— что с Вами?

— Эксперименты надо мной делают .

— Кто это делает?

— Большие люди.

— Какие же они эксперименты над Вами делают?

— Хотят использовать мой ум, так сказать интелектуальный продналог с меня берут.

— Каким образом?

— Да у них там волна такая есть... 716000. ... На эту волну настроен аппарат и вот они...

— Что они Вам передают?

— Информацию передают.

— Потом?

— Меня подробно информируют, мое мнение спрашивают...

— Как передали информацию, мысленно?

— Передали мысли руководителей, глубокий анализ. Сказали: «Нам нужен умный человек, чтобы помочь руководить».

— А почему к Вам обратились?

— Говорят, нужен умный.

— А Вы считаете себя умным? Что у Вас мозг особый?

— Да нет, обычный мозг. Там могут настроиться на Вас, Уважаемый профессор, к любому здесь присутствующему могут пристроиться.

— Особая аппаратура?

— Да, особая аппаратура...

- Передают мысли или как?
- Мысли... очевидно в мозжечке... я медицину ее знаю.
- Расскажите то, что чувствуете.
- Что чувствую? Я чувствую, будто со мной разговаривают.
- Вы отличаете голос, который говорит?
- Да, мужской и женский.
- Они спрашивают совета?
- Да, сейчас переходят исключительно на советы. Слышал информацию, а теперь они спрашивают совета,
- И Вы советы даете?
- Да, конечно, советую...
- Как же Вы передаете эти советы? Они читают Ваши мысли?
- Да, читают мои мысли.
- Вы считаете себя по своим умственным способностям, силе ума, способным давать советы?
- Да. Я думаю, что если дали положительную оценку одному из моих советов, то я способен...
- И Ваши советы реализуются?
- В какой-то мере реализуются. Информации у меня нет.
- А видения вызывают у Вас?
- Видения?
- Какие-нибудь образы в голове?
- Очень слабенькие. Если я закрою глаза, допустим, появляется изображение стрелки, она стоит на цифре 58...
- И весь аппарат видите?
- Чуть-чуть вижу.
- Что это — передача видения?

- Нет, просто сидит у аппарата человек.
- Так или при закрытых глазах?
- Чуть-чуть могу видеть при открытых глазах, а при закрытых лучше.
- Почему стрелка на 58?
- Она изменяется, когда нужно поднять половой орган, они ставят на 55 стрелку...
- Они Вам настроение изменяют?
- Да, частично передается.
- Т.е. могут сделать повышенное к пониженное настроение?
- Да.
- А боли вызывают?
- Да, я боли вызывает.
- Тоже аппаратом?
- Да.
- Возникают именно боли, какие-нибудь ощущения?
- Болевые ощущения, по тем каналам, по которым проходят сокращения нервов или болезненные ощущения в тех местах, где нервы.
- А вмешиваются в Ваш аппетит, в мочеиспускание, еще что-нибудь?
- Могут сделать такое ощущение, что желание возникает...
- А остановить могут?
- На мне не пробовали. Я не знаю всех возможностей аппарата.
- А Вашим голосом не говорят?
- Нет, пока еще не дошли до этого.
- А разве можно?
- Да. У нас такие вещи стали делать. Направили на

Вас ,профессор, и могут заставить лекции читать. Кто-нибудь будет включать...

— А я буду говорить?

— Да.

— А не есть ли это все результат болезни?

— Никак не может быть.

— А настроение какое, плохое?

— Плохое. Я за то, чтобы как можно скорее прекратили эксперименты. Я очень жалею, что попал в такую обстановку, что надомной стали проводить эти эксперименты.

— Почему же на Вас?

— Я Вам объяснил принцип выбора и цель эксперимента. Первое. Студент...

— Умный?

— Студенты тупые не могут быть.

— Вы приносите пользу государству, Ваши советы принимают?

— Советы принимают...

— А может быть от болезни все происходит?

— Никак не может быть, есть другие факты...

— Может быть это психическая болезнь?

— Никак не может этого быть, я хотел попросить, чтобы эти эксперименты прекратилась. Вы наверное обсуждаете, как лучше проводить эти эксперименты?

— Разве врачи тоже принимают участие?

— Я прошу, чтобы люди не бросались под поезд, под машины не ложились.

(больной уходит)

У больного обнаруживаются несомненные псевдогаллюцинации: голоса передаются аппаратом, звучат в голове, особые голоса. Она находится во власти эксперимента, у него читают мысли,

изменяют настроение, вызывают болевые ощущения, позывы к мочеиспусканию. Галлюцинаторные явления, отчасти, сенестопатические, возникают с характером воздействия. Наряду с псевдогаллюцинаторными явлениями у больного обнаруживается система бреда: больной считает, что избран для эксперимента не случайно, а в силу своего ума. Обнаруженная бредовая система находится в раз

**Лекция 2. ПСИХОПАТОЛОГИЯ
ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ
(продолжение)**

**Лекции по общей
психопатологии**
Снежневский А.В.

(Галлюцинации (продолжение); иллюзии, функциональные галлюцинации, психическая гипер— и гипестезия, раздвоение восприятия, сенестопатии, психосензорные расстройства. Бред)

Несмотря на многочисленные исследования, патогенез галлюцинаций остается еще далеко не ясным» И.П. Павлов считал, что в галлюцинациях лежит инертное возбуждение, которое и делает возможным усиление следовых раздражений, т.е. достижение представлениями степени интенсивности одинаковой с реальными восприятиями. При зрительных галлюцинациях речь идет об образовании инертного возбуждения в первой сигнальной системе, а при слуховых галлюцинациях — во второй сигнальной системе.

В противовес этому Е.А. Попов говорил о тормозном состоянии, лежащем в основе галлюцинаций, о фазовых состояниях — изменении силовых отношений, при котором слабые раздражители действуют сильнее.

Надо сказать, что и то и другое предположение не могут полностью объяснить многие клинические факты. Возьмем наш терапевтический опыт, известно, что применение аминазина устраняет зрительные галлюцинации при делириозных состояниях. Аминазин, является нейролептическим средством, казалось бы должен был усиливать галлюцинации при их тормозном генезе, и тем не менее он их ослабляет и устраняет. Это как бы говорит в пользу того, что в основе галлюцинаций лежит возбуждение. Но, с другой стороны, применение, например, кофеина, мератрана или риталина приводит к ослаблению или устранению некоторых слуховых галлюцинаций, особенно при острых алкогольных галлюцинозах. Это противоречит предположению о преобладающей роли возбуждения в генезе галлюцинаций. Представляют также интерес опыты канадского физиолога Лоутона Дауста. При изолированном возбуждении диафрагмального нерва, в период действия этого возбуждения Дауст наблюдал исчезновение слуховых галлюцинаций. Следовательно, рефлекторное периферическое раздражение влияет также на галлюцинации.

С другой стороны, в патогенезе галлюцинаций играют большое

значение внутримозговым обменным нарушениям, внутриклеточным, синаптическим. Эти гипотезы основываются на опытах с галлюциногенными веществами: мескалином, диэтиламидом лизенгировойкислоты и другими средствами. Правда, применение этих средств вызывает нарушения далеко не аналогичные собственно галлюцинаторным расстройствам. При них главным образом изменяется самосознание, наступает качественное изменение восприятия, его расщепление, возникают психосензорные расстройства, но не собственно галлюцинации. Следовательно, состояния, которые вызываются у добровольцев этими веществами, не являются состояниями, аналогичными галлюцинациям. Исследование патогенеза галлюцинаций, исходя из данных подобных экспериментальных психофармакологических проб, недостаточно адекватно задачам такого исследования.

Применение атропина способно вызывать галлюцинации, но не в изолированном виде; по сути дела возникает сумеречное помрачение сознания, иногда с тяжелым изменением аффекта в виде страха, а иногда и с бредовыми идеями. Атропиновые состояния настолько сложны, комплексны, что не могут служить отправным пунктом для исследования галлюцинаций.

Всякого рода экспериментальные исследования с кокаином и другими веществами также не оправдали возлагавшихся на них надежд. Кокаин вызывает как известно, тактильный галлюциноз, но в результате хронического действия.

Галлюцинации иногда трактуют как патологию одного анализатора, например, зрительные галлюцинации рассматриваются в качестве выражения патологии зрительного анализатора. Но это далеко не так. При восприятии, даже зрительном, речь идет не о деятельности только одного анализатора. Восприятие (имеется в виду зрительное,) является результатом сложной деятельности различных отделов головного мозга, со дружественной деятельности многих анализаторов. Когда мы, например, видим яблоко, мы воспринимаем яблоко не только как зрительный образ, но и со всеми его качествами. Или, например, яблоко висящее в чужом саду, воспринимается мальчиком с характером социальным, с проблемой чужой собственности. Следовательно, в восприятии речь идет о сложной деятельности всего мозга, т.е. речь идет о деятельности, как говорил Ухтомский, функционального органа. В процессе приспособления человека к внешней среде у него образуется ряд функциональных органов, т.е. совокупность деятельности многих анализаторов, и когда речь идет о галлюцинациях, то дело заключается не в патологии одного анализатора, а в нарушенной деятельности функционального органа, в которой участвуют многие системы головного мозга.

Патогенез галлюцинаций, по-видимому, сложен и неоднороден. В одних вариантах преобладает действительно торможение и фазовые состояния, а в других — по типу ли индукционных взаимоотношений или реципрокной иннервации — состояние возбуждения. Разнообразие эффекта различных психотропных средств или даже возможность рефлекторного воздействия на галлюцинации, вероятно, объясняется изменением взаимоотношения различных систем головного мозга.

Патогенез галлюцинаций нуждается в дальнейшем исследовании. Необходимо дальнейшее изучение функции сна и бодрствования, нарушение которых имеет отношение к проблеме галлюцинаций. Зрительные галлюцинации возникают обычно при помрачении сознания. Надо думать, что функция сна участвует в генезе таких галлюцинаций. Слуховые галлюцинации наступают, как правило, в состоянии бодрствования. Но это не значит, что нарушение функций сна и бодрствования лежит в основе патогенеза галлюцинаций. Нет, соотношение сна и бодрствования представляет собой лишь соучастие деятельности функционального органа, осуществляющего процесс восприятия.

Задача заключается в необходимости изучения нейрофизиологических изменений при галлюцинаторных состояниях, имея в виду, что галлюцинации, как, правило не изолированное расстройство, а галлюцинаторное состояние. Зрительные галлюцинации возникают в составе синдрома помрачения сознания, и слуховые галлюцинации наступают в структуре бредового синдрома.

От галлюцинаций отличают со времени Эскироля иллюзии. Под галлюцинациями, как уже говорилось, понимают восприятие без объекта, т.е. такие состояния, при которых представления приобретают незаконную интенсивность, проецируются вовне и становятся неотличимыми от реальных предметов. При иллюзиях речь идет не о мнимом восприятии, а об искаженном, ложном восприятии.

Но механизм их в психологическом аспекте довольно близкий. При иллюзиях представления, те или иные следы прошлого опыта, также приобретают необычную интенсивность, чувственность, или, как говорил Ясперс, телесность, и, сливаясь с восприятием реального объекта, в конце концов поглощают его. Больной смотрит на пятно и это пятно поглощается фантастическим образом, возникшим в голове больного, фантастическим представлением — он вместо пятна видит на стене фантастические фигуры, пейзаж и т.д. Следовательно, здесь представление поглощает, замещает реальный раздражитель, реальный объекте Но в отличие от галлюцинаций, для иллюзий необходим этот реальный

раздражитель.

Иллюзии разделяются на аффективные, вербальные и парейдолии или фантастические иллюзии.

Аффективные иллюзии, как явствует из обозначения их, наступают при патологических изменениях аффекта, чаще всего при страхе, тревоге, агитированных депрессивных состояниях. Аффективные иллюзии возникают не только при наличии простого депрессивного состояния, но и при наличии тенденций к депрессивному бредообразованию. Больной в состоянии активированной бредовой депрессии ждет казни, возмездия, осуждения. Стук, брасание посуды воспринимается им как звук цепей} в которые его закуют, как щелканье затворов винтовок, из которых его растреляют. Шум с улицы воспринимается как говор толпы, которая собралась, чтобы подвергнуть его осуждению и всенародной казни. Тень в углу палаты или висящий там халат воспринимается в качестве притаившегося человека. Таковы примеры аффективных иллюзий.

При вербальных иллюзиях, которые также чаще наблюдаются при депрессивных состояниях, обыденный разговор, не относящийся к больному? радиопередача, речевое сопровождение передачи по телевизору воспринимается больным так, что он слышит в этих передачах обвинения по своему адресу, предупреждение, приговор, сообщение о предстоящей ему казни к т.д. Некоторые авторы склонны относить такие вербальные иллюзии скорее к бреду отношения.

От иллюзий нужно отличать собственно ошибки суждения, как бы иллюзорные суждения. Например, стекло, блестящее на солнце и принимаемое за обломок золота -будет не иллюзией, а ошибкой суждения. Аналогично некоторые авторы склонны вербальные иллюзии тоже относить не к иллюзиям, а к ошибкам суждения. Здесь различие, как вы видите, чрезвычайно трудное. Здесь сказывается влияние функциональной психологии, разделяющей, как уже говорилось в предыдущей лекции, все функции как отдельные, независимые друг от друга. Функция восприятия, в концепции функциональной психологии, является самостоятельной функцией, не связанной с интеллектом, памятью и т.д. Печать функциональной психологии, ее влияние, продолжает еще оставаться в психопатологии, в связи с чем и возникают подобные схоластические споры: являются ли вербальные иллюзии бредом отношения или расстройством восприя -тия? Они являются и тем и другим. Это нарушение функционального органа, особое образование, которое возникает при наличии бреда осуждения. Вместе с тем вербальные иллюзии, аффективные иллюзии имеют чувственный характер.

Патология чувственного познания наиболее выражена в

парэйдолиях — в иллюзиях фантастических, которые возникают вне зависимости от изменения аффекта, вне зависимости, как говорил Ясперс, от изменения сознания. При этом состоянии, независимо от воли, больной в игре светотени, в узорах ковра, в узорах обоев, в пятнах на стене, в облаках, видит фантастические образы, лица чудовищ, маски, или, как говорил один больной, маски японских актеров, пейзажи, целые сцены, панорамы. Реальный раздражитель в таком случае целиком замещается фантастическим образом. Больной с интересом его рассматривает. Привлечение внимания, изменение аффекта не изменяет наплыва парэйдоллий.

Подобные состояния возникают, по Либермейстеру, наиболее часто в инициальном периоде, в первой стадии делирия, и, следовательно, они связаны все же с наступающим помрачением сознания. Это один из ингредиентов инициального делириозного расстройства сознания. Надо сказать, что парэинолии не только возникают при делирии, но и в начале острой шизофрении, обычно онероидной ее формы.

От иллюзий и галлюцинаций отличаются функциональные галлюцинации - один из мнициальных симптомов острого расстройства психической деятельности, наблюдаемый как при интоксикационных психозах, так не редко и при остро начинающейся шизофрении. При шизофрении это расстройство часто просматривается.

Под функциональными галлюцинациями понимают слуховые галлюцинации, которые возникают при наличии реального раздражителя и существуют до тех пор, пока существует этот реальный раздражитель. Но они не сливаются с реальным объектом как при иллюзии, не поглощаются представлениями, приобретшими необычную, а больной слышит шум вытекающей воды и одновременно с этим шумом слышит по своему адресу брань, угрозы. Кран закрывается, вода перестает течь и эти голоса исчезают. Или еще пример: больная находится на улице, мимо проходит троллейбус, раздается шум провода и она, воспринимая этот шум, одновременно с ним слышит по своему адресу угрозы. Троллейбус проходит, шум затихает и угрозы прекращаются. В.П. Осипов в своем курсе «Общего учения о душевных болезнях» проводит такой пример: на стене висят часы, они тикают, одновременно с этими звуками больная, страдающая алкоголизмом, слышит по своему адресу, также ритмически: «Катка дура, Катка дура...» Больная останавливает часы и брань прекращается. Функциональные галлюцинации занимают особое место. Их следует отличать от истинных галлюцинаций, при которых возникает мнимое восприятие, обладающее характером действительности. Они отличаются и от иллюзий, при которых представление заслоняет, поглощает реальный объект. Функциональные

галлюцинации как и иллюзии, возникают при наличии реального объекта, но не поглощает его, а сосуществуют с ним. Происходит как бы расщепление восприятия, реальное и мнимое сосуществуют.

Брейлер выделял рефлекторные галлюцинации. Он проводил такой пример: больной к своей квартире, вставляет ключ в замочную скважину, поворачивает его и в это же время ощущает поворачивающийся ключ в своем сердце. Они встречаются редко, может быть мы их просматриваем, недостаточно тщательно исследуя больных.

Расстройства области чувственного показания не исчерпываются галлюцинациями, иллюзиями и функциональными галлюцинациями. В этой области мы встречаемся с более простыми, если хотите, с более элементарными расстройствами, относящимися не столько к восприятиям, сколько к ощущениям. К ним относятся психическая гиперестезия, синестопатии, качественные изменения восприятия, расщепление восприятия и несколько более сложные симптомы, которые носят названия психосенсорных расстройств и расстройств схемы тела. Это наиболее важные симптомы, относящиеся к патологии не абстрактного, не рационального, а преимущественно чувственного познания.

Психическая гиперестезия наблюдается очень часто. Она относится к инициальным симптомам почти всех психозов, особенно психозов наступающих остро, она возникает и при тяжелых астенических состояниях и даже при тяжелом переутомлении в норме, при тяжелом нервном истощении. При этом состоянии внешние раздражители, обычно не замечаемые в норме, становятся непереносимыми воспринимаются болезненно. Обычный свет кажется ярким, ослепляющим, обычно не замечаемые звуки вызывает болезненные ощущения, хлопающая дверь звучит как выстрел из ружья или из пушки, обычная комнатная радиопередача звучит как репродуктор на площади. Больной становится необычайно чувствительным к запахам, прикосновение белья кажется грубо раздражающим. непереносимым. Все это признаки психической гиперестезии.

При гипестезии — напротив, все кажется как будто сквозь вуаль, как будто в тумане, все звуки доносятся издалека, глухо; дневное освещение кажется вечерним, блеклым, тусклым. Больной не чувствует вкуса пищи, не ощущает запахов. Тактильные ощущения становятся тупыми. Отдельные признаки гипестезии обнаруживаются при депрессиях. Наиболее ярко они выступают в симптоме, который носит название дереализации (речь о нем будет дальше). Н.Н. Тимофеев описывал это расстройство при поражении зрительного бугра в случаях

психических расстройств при клещевом энцефалите.

Ясперс выделяет еще одно расстройство в этой же группе. Он называет это качественным изменением восприятия. Эти состояния воспроизводятся экспериментально. При нем, например, белые страницы книги кажутся розовыми, черные буквы воспринимаются как белые. Некоторыми больными все окружающие предметы воспринимаются как окрашенные в коричневые цвет, люди воспринимаются смуглыми. Эти качественные изменения восприятия наблюдались добровольцами, в частности их наблюдали при введении мескалика. При введении этого вещества все окружающие светлые предметы становятся коричневыми. Такие состояния описывались и при некоторых интоксикационных психозах. Ясперс в эту же группу включает расстройство, которое наблюдается при шизофрении и некоторых интоксикациях. Это так называемое раздвоение восприятия. Больной смотрит на дерево, покрытое ярко зелеными листьями и в его восприятии ствол дерева и листья воспринимаются отдельно, независимо. Окно и подоконник воспринимаются тоже отдельно, независимо, подоконник как будто сам по себе, а окно само по себе, такое расщепление, раздвоение восприятия может относиться также ко всем другим предметам. Больной сознает при этом аномальность своего состояния, она вызывает у него гнетущее, зловещее ощущение. Такое расстройство раздвоения восприятия описывалось при шизофрении в острых ее случаях при некоторых интоксикациях, а также при введении мескалина и диэтиламида лизергиновой кислоты. Подобные расстройства считать галлюцинациями нельзя. Здесь речь идет опатологическом восприятии, извращении отражения реального предмета.

Его необходимо отличать от другого, сходного симптома, который не имеет непосредственного отношения к чувственному познанию. Так, в начале старческого слабоумия также происходит расщепление восприятия, но иного типа. Звонит находящийся на столе телефон, а больной старческим слабоумием, хотя и видит телефонный аппарат, но источник звонка ищет совершенно в другом месте. Это относится уже не к расстройству восприятия, а к распаду ситуации или, как говорил Клези, к распаду целостного образа.

Клези приводит следующее наблюдение: поезд входит в туннель, в вагоне становится темно, но больной связать потемнение с прохождением поезда под туннелем уже не в состоянии. При раздвоении восприятия больной сознает аномальность такого явления. При старческом слабоумии больной не понимает, что у него распадается восприятие целостной вещи.

К расстройству чувственного познания относятся также и

сенестопатия. Этот симптом очень часто встречается у больных под сенестопатиями понимают тягостные, непереносимые ощущения, часто настолько необычные, что больные придумывают им названия. Больные ощущают мучительные боли в желудке, в кишечнике, верчение, переворачивание, жжение, особое пронизывание током и т.д. Такие же ощущения могут быть и в сердце. Больные жалуются на то, что у них сердце работает неправильно и это сопровождается тягостными болями, что у них сердце работает неправильно двигается диафрагма, правая половина диафрагмы отстаёт от левой. Они чувствуют бульканье в голове, переворачивание мозга и т.д. Исследование соответствующих органов современными методами не обнаруживают никаких отклонений. Дюпре, предложивший в своё время это название - сенестопатии, предполагал, что в основе лежат перефизические нарушения. Но однако это предположение тщательными исследованиями и прижизненными и в случае смерти больных не подтвердилось. Подобные ощущения по своей природе центральные. Пшонником и др., предполагалось, что в основе патогенеза сенестопатий патологическое инертное возбуждение анализаторов внутренней среды. В пользу этого проводились доказательства, что у подобных больных экстрацептивные раздражения не вызывали адекватной реакции и предполагалось, что в результате возбуждения интерорецепторов подавляется реакция на экстероцептивные раздражения

Но, однако контрольные исследования, по сути дела, не дали доказательств этому объяснению. Здесь, по-видимому, нарушения взаимоотношений между анализаторами внутренней и внешней среды более сложные, чем это мы предполагаем.

Сенестопатия нередкое расстройство и особенно часто встречается при ипохондрической шизофрении, при бредовой шизофрении. Они наступают и при депрессивной фазе циркулярного психоза, при так называемой ипохондрической или вегетативной депрессии, которую не так давно описал Лемке.

К расстройствам чувственного познания относятся и психосенсорные расстройства. Название это условное, ибо каждое ощущение, каждое восприятие является психическим актом. При этом расстройстве искажается восприятие формы, величины окружающих предметов. Вместе с тем они воспринимаются как реальные, чем психосензорные расстройства отличаются от иллюзий. Реальный предмет на глазах больного увеличивается до невероятных размеров (макропсия), или наоборот, уменьшается (микропсия), перекашивается, перекручивается, форма его становится искажённой (дисмегалопсия). Пространство, в котором находятся

предметы, удлиняется (порропсия).

Такого рода психосензорные расстройства наблюдаются в результате введения мескалина или диэтиламида лизергиновой кислоты (опыты на добровольцах).

Изменение формы предметов и пространства чаще всего сопровождается нарушением схемы тела. На глазах больного не только удлиняется пространство и увеличиваются предметы, но и сам он чувствует себя увеличивающимся и удлиняющимся. Такое же изменение может быть и в направлении уменьшения; одновременно с уменьшением величины окружающих больной сам чувствует себя уменьшенным, или расширенным, или, наоборот, суженным. В этих случаях речь идет о тотальном расстройстве схемы тела, чаще мы наблюдаем у Больных другое расстройство — парциальное изменение формы тела; больной ощущает, что голова его увеличивается, расширяется, разбухает, не умещается на подушке, руки или ноги удлиняются, или наоборот укорачиваются. Иногда происходит раздвоение всего тела больного, больной ощущает свое тело раздвоенным. Речь идет не о раздвоении самосознания, а о раздвоении тела. Подобные расстройства наблюдаются как при органических заболеваниях, так и в некоторых случаях инициальной шизофрении. Нередко они предшествуют, а иногда и сопутствуют другому расстройству, которое носит название деперсонализации — изменение сознания "я". Но об этом речь будет дальше.

Бред

По мнению всех исследователей бред относится к основным, главным признакам помешательства. Самые разнообразные психозы чаще всего сопровождаются или проявляются преимущественно бредом. Отдельные бредовые идеи пронизывают синдромы делириозного и сумеречного помрачения сознания. Бредовые явления обнаруживаются во многих случаях слабоумия, при аффективных синдромах (депрессии, мании). Бред может почти исчерпывать клиническую картину психоза, являясь как бы моносимптомом, например, при паранойяльных состояниях, вместе с тем все авторы согласны с тем, что бред неоднороден, что это не единое по структуре расстройство и что существует несколько форм бреда. Об этом в последний период своей деятельности говорил и И.П. Павлов. В его «Средах» есть указание, что разбирая больных с прогрессивным параличом, депрессией, он также пришел к мысли, что бред, очевидно, не един.

Определение, дефиниция бреда относится к трудной области. Оно иногда трудно также на практике. Нередко психиатры расходятся в оценке состояния больного, например,

одни считают, что имеется бред равности, а другие говорят, что «на самом деле муж изменил больной». Такой же спор возникал и на павловских «средах». И.П. Павлова в некоторых случаях было трудно убедить в том, что у больного имеется бред, а не «религиозное мировоззрение».

Выделяются различные признаки, включаемые в определение бреда: психиатры говорят, что бред это есть ошибочное, ложное суждение, которое возникает с характером убежденности, веры: суждение, полностью захватывающее сознание. Но в этом определении отсутствует качественное отличие от нормального заблуждения, от нормальных убеждений. Религиозный человек - фанатик также убежден, фанатизм также охватывает все сознание. Далее к критериям бреда добавляют еще один признак, заключающийся в том, что в бредовой идее имеются ложные послышки суждения. Но ложные послышки суждения могут быть и у религиозного фанатика. И тогда добавляют третий признак бреда: говорят, что бред это такое ложное умозаключение, суждение, которое имеет характер убежденности, не корректируется, несмотря на противоречие с действительностью и по своему происхождению является болезненным суждением.

. Но в этом случае, как часто бывает со многими определениями в медицине налицо явная тавтология: бред - это патологическое суждение. Которое возникает в результате заболевания. Все это говорить о недостаточности существующего определения бреда.

В психопатологии выделяются следующие признаки бреда: во-первых, в основе бреда лежит ложное суждение, полностью захватывающее сознание больного и не поддающееся коррекции, несмотря на явное противоречие с действительностью. В основе такого суждения лежат ошибочные, неправильные послышки, т.е. в истоках бреда содержится то, что называют "кривой логикой". К одной из часто наблюдающихся особенностей бреда принадлежит его непрерывное прогрессирование. Но этими признаками не исчерпывается распознавание бреда. Если речь идет о бреде паранояльном, интерпретативном или, как его называют, словесном, то у больного наряду с бредом обнаруживается изменения личности. При возникновении бреда у больного, наступает как иногда говорят «новое существование», новая ориентировка в мире, новое мировоззрение.

Гризингер, Шуле в свое время говорили, что одновременно с возникновением бреда наступает коренное изменение личности, человек делается другим во всех своих проявлениях, он изменяется как личность. А Шуле довольно образно говорил: с возникновением бреда в семье, вместо прежнего, родного

человека появляется новый, чуждый пришелец.

Возникновение бреда сопровождается особым изменением мышления, которое носит характер обстоятельности. Паранояльный больной обстоятелен, его обстоятельность нередко не уступает обстоятельности эпилептика. Это знакомо каждому психиатру. Если заговорить и с паранояльным больным, то для беседы потребуется по меньшей мере час или полтора. Он должен все досконально, детально изложить. Причем у него, так же как у эпилептика, существенное и несущественное не дифференцируется.

Все эти особенности, вся совокупность расстройств позволяют психиатру отличать бредовые состояния от нормальных заблуждений, нормальных ошибок суждения. Больного во всех случаях, а при бреде в особенности, надо рассматривать целиком, как личность; а не гоняться за отдельным симптомом. Погоня за отдельными признаками ни к чему хорошему обычно не приводит. Не случайно все авторы указывают на важность выявления изменения личности. Крупный психиатр прошлого Вестфаль, много занимавшийся психопатологией, пытался психологически понять паранояльный бред, установить в его развитии психологически понятные связи. Он думал, что первоначально изменяется личность, что сознается больным как крах; в результате чего у больного возникает настороженность в общении с окружающими, он боится, что окружающие обнаружат происшедшие с ним изменения. В результате появляется бред отношения, бред преследования и т.д. Но это, конечно, чисто психологическая трактовка, которая сейчас представляет лишь исторический интерес. Важно отметить, что возникновение паранояльного бреда сопровождается изменением всего склада личности.

Возникновению бреда предшествует состояние, которое носит название бредового настроения, состояние, при котором все окружающее приобретает особый смысл. Это состояние описал первоначально Гаген, у больного возникает глухая неосознанная, беспредметная тревога, больной становится напряженным, настороженным, во всем окружающем видит затаившуюся угрозу, все выглядит зловещим — люди и предметы, земля и небо — все затаилось как перед грозой, больной ждет, что с ним произойдет что-то необычное, наступит коренная перемена в его существовании. Он утрачивает полностью покой. И вот в этом состоянии внезапно, часто как внезапная мысль, кристаллизуется бред. Как из перенасыщенной жидкости выпадают кристаллы, так это состояние порождает бред преследования, открытия и т.д. рождение бреда субъективно приносит больному облегчение — разрешение неизвестности.

Вместе с тем рождение бреда создает новую ориентировку в мире, в существовании сольного, новое мировоззрение.

Бред не един по своей форме. Во-первых, выделяют основную форму бреда — словесный, интерпретативный бред, бред толкования, при котором прежде всего и преимущественно расстраивается абстрактное познание нарушается отражение не вооооо, не внешних связей, а внутренних связей между вещами, явлениями — расстраивается отражение каузальных, причинных связей. Этот бред носит название паранойяльного, Паранойяльный больной правильно отражает вещи, во внутренние связи отражаются им извращенно. Такой бред всегда логически обоснован. Больной может доказывать развивать цепь логических доказательств, свою правоту, правильность своего утверждения. Он бесконечно дискусирует и приводит все новые и новые доказательства. Паранойяльный бред всегда систематизирован, это система, хотя и построенная на кривой логике, но все же на логике.

Содержание паранойяльного бреда может отражать все человеческие чувства, страсти, желания. По своему содержанию паранойяльный бред может быть бредом реформаторским: у больного возникает система преобразования мира, система "осчастливливания" людей на всем земном шаре. Так, например больная создает трактат о структуре и задачах Академии счастья для всех людей. Бред по своему содержанию может быть эротическим; возникает убежденность, что то или иной человек (часто это видная в общественном отношении личность) влюблен в больную или в больного, но есть враги, которые мешают, есть обстоятельства, которые препятствует реализовать влюбленность. Всем известен также бред ревности, бред преследования. Интересна динамика паранойяльного бреда преследования; больной первоначально скрывает свою веру, убежденность в том, что к нему недоброжелательно относятся, его преследуют, затем внезапно начинает бороться против своих мнимых преследователей, становится преследуемым! преследователем., или, напротив, начинает спасаться от своих преследователей ."мигрирующие параноики., переезжающие с места на место.

Содержание паранойяльного бреда может быть ипохондрическим, когда возникает бредовая, обоснованная "кривойлогикой" убежденность в том, что сольной страдает той или иной неизлечимой болезнью. Такого рода больные будут оспаривать все врачебные заключения, все лабораторные анализы. Привлекая всю современную медицинскую литературу, они доказывают наличие у них болезни, требуют назначения лечения. Например, доказывая, что у них начинается прогрессивны, паралич, они настаивают на прививке малярии. Иногда, не добившись нигде требуемого лечения, они могут

совершить и совершают нападения на врачей» вплоть до убийства.

Наблюдается также паранойяльный бред высокого, иного происхождения. Больные убеждены, что их родители, которые считаются настоящим, на самом деле приемные, а их "настоящие" родители занимают особое общественное положение, но по каким-то обстоятельствам скрывают свое отцовство или материнство.

Таким образом, все человеческие влечения, желания, опасения могут стать содержанием этого словесного, как его называет А. Г. Иванов-Смоленским, или интерпретативного, систематизированного бреда. Мы говорим, что при этом бреде страдает преимущественно рациональное, абстрактное отражение внутренних связей. Но надо сказать, что больные с паранойяльным бредом вместе с тем отличаются и склонностью к фантазированию, мечтательности, незрелостью мышления. Некоторые психиатры указывали, что они вообще незрелы, у них отмечается и сексуальная незрелость, что имеется некоторого рода, если не инфантилизм, то во всяком случае ювенилизм в складе личности таких больных.

От паранойяльного бреда следует отличать бред чувственный, образный, как его называл, например, В.Х. Кандинский. Такой бред называют также вторичным, имея в виду, что это не первичное выражение процесса, а бред, рождающийся последовательно в результате галлюцинаций, расстройства аффекта, помрачения сознания, человек слышит — враждебные голоса, следовательно, "психологически понятным образом" у него могут возникнуть идеи преследования. При таком подходе нормальные взаимоотношения становятся на место патологических — с позиций нормальных взаимоотношений, нормальной работы психики пытаются в этих случаях объяснить патологию, качественно отличное состояние.

Если к этому бреду подойти клинически, описательно, его следует назвать бредом чувственным! ибо в нем отсутствует логические посылки, кривая логика» доказательства. В этих случаях бредовым образом воспринимается все окружающее, к острому чувственному средству в частности относится и так называемый железнодорожный параноид. Вольной едет в вагоне и вдруг •» пассажиры, сидящие рядом начинают восприниматься как бандиты, севшие с целью нападения на него в одном с ним купе вагона. Каждое их движение воспринимается им как признак сговора против него, как подготовка нападения на него, как подготовка ограбления и убийства. В купе вошел пассажир из соседнего купе к он уже сразу воспринимается как участник той же бандитской шайки. Кондуктор что-то пошутил с пассажиром, которого больном принимает за бандита, и

кондуктор тоже стаd членом этой гайки. Все окружающее воспринимается извращенно, искаженной бредовым образом. Бредовым образом трактуются и все внешние связи: сидят два пассажира, разговаривают о чем-то обыденном, но они уже объединяются больным .. они оба являются бандитами» оба готовят нападение на больного. Боль»кой на первой станции бросает багаж, сходит с поезда, но и там тоже всех встречающихся ладей, без всяких логических посылок, воспринимает в качестве членов шайки, которая хочет напасть и ограбить больного.

Следовательно, при чувственном бреде идеи непоследовательны, выводы случайны. Вместе с тем отмечается чрезвычайно напряженный аффект, импульсивные, немотивированные действия и поступки, растерянность, фрагментарность и непоследовательность мышления. Чувственный бред по своей синдромологической картине — другой синдром, резко отличающийся от паранойяльного. При его развитии не обнаруживается коренное изменение личности больного, нет обстоятельности мышления, наоборот, мышление непоследовательно, фрагментарно, господствует элемент тревоги, страх, обнаруживается растерянность.

По своему содержанию чувственный, образный бред не одинаков. В одних случаях (реже; у больных обнаруживается конкретное содержание бреда: бандиты, грабители, они готовят убийство больного ,они пытаются его ограбить и т.д. В других случаях содержание бреда фантастическое, вольной находится в отделении больницы и он уверен, что в этом отделении происходит борьба доброго и злого начала, партий справедливой и несправедливой. Больной находится в центре борьбы, одни ему сочувствуют, всячески стараются помочь, а другие, напротив, хотят его уничтожить. Борьба двух начал происходит не только в отделении, но и во всем мире, весь мир раскололся на две части и больной находится в центре этой борьбы •Это мировой катаклизм. Больной аффективно напряженно, растерян. Такого рода бред очень часто наблюдается в течение острой шизофрении. Он предшествует развитию онейроидного помрачения сознания. В таких случаях отчетливо виден непосредственный переход от чувственного расстройства к помрачению сознания. Помрачение сознания проявляется в чувственных синдромах, в зрительных галлюцинациях, в выраженном аффекте, в растерянности. Напротив, прогрессирование паранойяльного состояния приводит к иному расстройству, в ином регистре — к слуховым галлюцинациям, к псевдогаллюцинациям.

демонстрация больных

(Входит больной)

— Что с Вами, как Вы себя чувствуете?

— Хорошо.

— Все прошло?

— Прошло.

— А что с Вами было?

— Ехал я из деревни, садился в Бологом на поезд. Сначала ехал и все было хорошо, а потом стали придирааться, сговариваться какие-то парни.

— С какой целью они это делали?

— Не знаю.

— А как думаете?

— Я не знаю, что они хотели со мной сделать.

— А как Вы поступили, когда поезд остановился?

— Я решил слезть с вагона, на платформу вышел, там милиционер. Я говорю: так и тек, боюсь в вагоне ехать, придираются. -Вещи есть? — Говорю, есть. — Говорит: "Ну пойдемте, вещи возьмите и в другой вагон перейдете». Я с ним пошел по вагону, взял вещи, чемодан и портфель, меня отвели в другой купированный вагон, в другом вагоне ехал до Москвы, вес дорогу боялся.

— чтобы кто-нибудь не вошел?

— Да.

— Дверь купе дергали?

— Дергали.

— Кто? С какой целью?

— Кто, я не видел.

— А когда приехали в Москву?

— Приехал в Москву, я боюсь идти, страшно мне было, боюсь идти. А старик и проводник пошел, вызвал врача, потом меня

сюда направили.

— А здесь было также страшно?

— Первый день я боялся. А на второй день немного успокоился.

— Сделалось лучше?

— Да.

— Это первый раз в жизни с вами случилось?

— Да.

— Как Вы сейчас действительно хотели причинить Вам вред или Вам просто показалось?

— Парни были.

— Но они никакого отношения к Вам не имели, не хотели причинить Вам зло?

— Не знаю.

— С какой целью они хотели на Вас напасть?

— Не знаю.

— А может быть не хотели, а просто Вы перепугались?

— Это не может быть.

— Страх был сильный?

— Больной, испугался я.

— И выбежали из вагона?

— Я выбежал на остановке, не прыгал а на остановке.

— А когда попали в другой вагон?

— Кричали: "Откройте» мм зайдём. Вас не тронем» откройте..А я держался, держался.

— Что им от Вас нужно было?

— Не знаю.

- Вы задумывались над этим?
- Конечно.
- И к чему пришли? Какие предположения возникли?
- Думал, избыт, останется сиротой ребенок.
- Что значит, останется ребенок сиротой? Не только но и убьют?
- Не знаяю но я, конечно, напугался.
- Все это произошло в первый раз в жизни? И перед этим не пили?
- Числа 19-го впивал.
- А ехали когда?
- 25-го.
- Ночь спали или нет?
- Нет.
- Почему не спали?
- Я в Бологое прибыл в 1 час ночи и до утра сидел.
- Все событие когда наступило?
- Под вечер.
- И весь сдедующий день опять не спали?
- Да.
- Перед поездкой Вы не были больны?
- Б был, да в октябре лежал в больнице около Смоленска .
- Что было?
- Аппендицит.
- А здесь Вы по поводу болезни лежите?
- Я не знаю (больной уходит).

Как вы видите , больной перенес острую бредовую вспышку или, как говорят С.Г.Жислин, острый паранойд. Бред по своим проявлениям был бредом чувственным, он возник без логических посылок ,сразу: парни на него должны напасть, убить его, ребенок останется сиротой. Кто охватил страх, страх не покидал и тогда, когда милиционер перевел его в другой вагон. Бред сопровождался аффективной иллюзией; в обыденном разговоре окружающих больной воспринимал сговор, план нападения на него, убийства.

(Входит другой больной)

— Что привело Вас в больницу?

— Семейные неприятности.

— Какого рода?

— У меня умерла жена, очень хороний человек, прожили 34 года. И женился после этой смерти на женщине, моложе меня на 20 лет. Сочетание несчастное и оно сказалось на на нашей жизни.

— Как сказалось?

— Я стал попадать к Вам.

— Почему.

— Она начала заявлять, что я пью, что я наркоман и что я ее хочу убить. И эти документы таким порядком к психиатрам и попадали, т.к. я был зарегистрирован у психиатров после смерти жены, со мной было плохо.

— С какой целью она это делает? Вы на самом деле не наркоман?

— Я прежде пил.

— Много пили?

— Нет, системы не было, был алкоголик, но без системы. Этот самый алкоголь я бросил в конце Отечественной войны, больше его пить не мог, я сердечник.

— С какой же целью она Вас отправляет сюда?

— Видимо цели корыстолюбивые.

— Как Вы сами считаете?

— Мне удастся с ней пожить не больше 2 месяцев, полтора, два, потом мне делается, к концу двухмесячной жизни, плохо с сердцем — сердце теряет ритм, перебои, частит, шум в ушах, носоглотка издает только шипящие звуки, тошнота страшная. Показание врача — отравление.

— Кто же Вас отравляет?

— Я нашел на блюдечке таблетки, нашел спрятанные таблетки в таких углах, куда не полезешь. Таким образом, я имею основания полагать, что меня готовили к этому искусственно. И действительно было такое состояние, когда я был на пороге смерти. Врачи, очень хорошие врачи психиатры, очень хорошо разбирающиеся в этих неприятностях, спасли меня от смерти. Сейчас я сюда попал, я выпил шампанского на праздник, немного. Попал я сюда 14 числа, некоторая была реакция, судороги.

— От шампанского?

— Не знаю. Нет, уже было 3 дня, как я не пил. Я алкоголь совершенно не могу пить. Я полагал сначала, что это у меня потому, что сердце плохое, от выпитого шампанского, но потом доктор сказал, что эта реакция была не алкогольная. Никаких лекарств кроме капель Зеленина, редко валидола и иногда тройчатки от головной боли у меня нет.

— Следовательно?

— Не знаю.

— Опять отравление было?

— Я имею только факты, о которых я говорю. Шли они или нет? Сейчас надо полагать...

— С какой целью жена вас отравляет, объясните мне.

— Товарищ профессор, я воспитанный человек, я имею большую пенсию, у меня все условия очень хорошие для жизни. Жена малокультурная, няня военного госпиталя. Примерно, на десятый день, когда я женился, я понял тот хвост людей, который был близок ей, она втянула в мою жизнь, я понял, что она ослабляла мою силу... Здесь были свои неприятности... У меня в свое время не хватило мужества покончить этот вопрос. Но я точно знал, кому обязан тем, что я автоматически стал Числиться у психиатров хроником. Стоило жене переменить соответствующе условия и я попадал к вам, таким образом, по

моим сведениям, она открывала богатый салон в моей квартире — я по 2-3 месяца находился здесь.

— Она изменяет?

— Зачем Вы об этом спрашиваете? Я нахожу, возвращаясь бутылки водки, которых здесь не найдешь, видимо, импортные. Жена живет своей жизнью. Человек делает свою жизнь. Если я умру, она, как жена полковника, получит большую пенсию. Если я не умру, она получит деньги отсюда, как-то согласует с врачами. Мне кажется, что тут неясности нет. Я попал не туда, куда нужно.

— Что же она Вас пыталась отравить и не боялась?

— Никогда она на это не шла. Она микроскопическими дозами приводит меня в такое состояние. А если я умру у вас, не отвечает.

— Что за средства дает Вам?

— Я нашел мышьяк, нашел китайский опиум. Я спал по 50 часов. Она отравила кота.

— В порядке эксперимента?

— Очень хороший кот. Он мне был хорош потому, что он не давал чужому человеку зайти в дом: если дама придет — чулки порвет, а мужчина — брюки рвет. Выкормила соской дикого кота умершая жена. Это был прекрасный сторож. Когда я выписывался из Столбовой... и пришел домой, вижу, жена хватает две маленькие бутылочки и белую какую-то бутылочку с бесцветной жидкостью, с красной головкой, маленький флакончик, хватает и бросает в ведро. Но она кота отравила... Я подобрал и спрятал, и она, убедившись, что я взял, стащила.

-А Вы хотели его на анализ отправить?

— Да.

— А уверены, что она изменяет Вам?

— В этом нет никакого сомнения. Это меня не беспокоило - возраст разный, но меня беспокоит другое: моя жизнь, я не собираюсь отдавать свою кровь для такой подлости и находиться у вас,

— вы сами понимаете.

- Вас в больнице держат неправильно?
- Нет. Первоначально положение, которое создается, абсолютно правильное. Но я прихожу на третий, на второй, на четвертый день в состояние, какое вы видите... Врачи говорят ей: не травмируйте своего мужа...
- А не возникали у Вас мысли, что Вы ошибаетесь, что и отравлять вас она не собирается, и ведет себя хорошо?
- Нет, я не ошибаюсь. Ну кому хочется возить мужа, которого не нужно возить, в ваше учреждение?
- Может быть бред Ваш настолько обостряется, что ей проходится помещать Вас в больницу?
- Когда она захочет к Вам везти, приходит психиатр (а я про-•у их за мной наблюдать,)), определяет состояние, дает распоряжение и меня увозят на лечение.
- Значит она сговаривается с врачами?
- Не знаю.
- Ну как полагаете?
- Я ничего не полагаю. Психиатрия наука точная. Я как сердечник нигде не получал такого прекрасного ввода сердца в свой ритм, как у психиатров. Терапевты возились со мной и никогда ничем не помогали» Так что я за психиатров, и я думаю, что купить их или подкупить нельзя. Можно9 очевидно, сделать другим методом, другим способом, можно подговорить людей, мокко подговорить соседей, служебных лиц) чтобы это не она одна давала сведения, а и другие,
- Коллективно?
- Да.
- А соседи против Вас тоже?
- Двое безусловно были за меня. Общественность требует, чтобы я развелся.
- А соседки?
- Я с ними корректен, а они...
- А они?

— Я бы не сказал при широкой аудитории, я бы не сказал соседи.

— Почему?

-Потому что там агенты.

— Ну хорошо, мы это еще обсудим.

— Сегодня отпустите домой?

— И это обсудим.

(больной уходит)

У этого больного бред иной? илгерпретативный, бред толкования с системой доказательств. Обстоятельность мышления больного также была достаточно явной.

Бред интерпретации, или как его называют иногда, первичный бред| не остается в своих проявлениях одним и тем же, он развивается, он находится в непрерывном движении. Непрерывное движение, развитие бреда проявляется и в изменении содержания. Первоначально ревность, в последующем жена не только изменяет, но и отравляет. Но на этом развитие бреда не останавливается, в бред вовлекаются соседки, а соседки связаны с агентами. Вот каким образом происходит у больного расширение бреда — здесь не только ревность, но и бред отравления, и не только бред отравления, но и бред преследования, исходящего уже не от жены, а от соучастниц соседок.

(Входит больная)

— Что с Вами происходит?

— Я себя сама не могу понять.

— А именно?

— Я никогда не думала, что мне не захочется жить, а теперь я не хочу жить, я не знаю, как себя истребить.

— Какая причина?

— Такое состояние, что не хочу жить. Никогда не думала, что так будет. Я раньше очень много болела.

— У Вас, кажется, возникло убеждение, что Вы никогда не

умрете?

— Да.

— Почему Вы бессмертны?

— Когда мне делали инсулин.. Всем делают инсулин и у всех я спрашивала, как они себя чувствовали. И представьте — во время инсулина происходит шок, они ничего не чувствовали, а представьте, у меня был шок, а когда открывала глаза, смотрела - шок или нет, я чувствовала.

— Что же из этого следует?

— Ничего не следует, когда из шока выводили, у меня все внутренности жгло, так жгло ужасно, я даже не знаю, как вам сказать. До половины шоков у меня не было еще такого явления что я не хочу жить а когда половину шоков сделали, у меня сразу что-то вот в этом месте, в голове.., и здесь... все ну сделалось все, — я даже не могу словами объяснить.

— Что произошло с вами?

— Как заломило что-то...

— У вас тягостное ощущение?

— Нет.

— Боль?

— Нет, боль я не чувствую.

— Чувствуете тяжесть?

— Нет, не тяжесть, я не знаю как вам сказать.

— Неприятное ощущение?

— Я прежде хотела жить, все делала от души. Если даже устану, делаю от души и то, что сделаю, довольна своим этим трудом.

— А теперь?

— Теперь у меня сердце окаменело, совершенно нет души, нисколько ее нет. А если что берусь делать, представьте, я не знаю, приневоливаю себя.

— Когда у Вас появились мысли о бессмертии?

- А сразу, когда здесь... Подумала что я не умру.
- Никогда?
- Да. Раньше чувствовала силу в руках, а сейчас какое-то бессилие, словно из рук вытянули жилы.
- Вы в состоянии бессилия будете жить вечно?
- Да.
- Страдать вечно будете?
- Да.
- От чувства тяжести?
- Не то, что тяжесть, я даже не знаю, как передать.
- Как идет время — быстро или медленно?
- Я вам сейчас скажу, от одного питания до другого мне кажется очень быстро, не справляется желудок, а то время идет очень, очень медленно.
- Скажите, Вы в чем либо обвиняете себя?
- Да, виню во всем...
- Каков Ваш сон?
- У меня теперь своего сна ни разу не было, я сплю, если посмотреть, глаза закрыты, я сплю и буду спать, — давали аминазин, таблетки, буду спать, а утром не ощущаю, что спала своим сном, что тело и голова отдохнули.
- Вкус пищи чувствуете или все кажется бесвкусным?
- И не хочу есть, мне ничего не нравится.

(больная уходит)

У этой больной обнаруживается, правда, довольно скудный ,бред громадности, бессмертия, бред Котара (о нем будет говориться в следующей лекции. Больная утверждает, что она никогда не умрет, будет жить вечно, будет всегда мучиться от своего бессилия, чувства тяжести. Бред Котара, фантастический бред, также относится к чувственному бреду. Он возникает в течении депрессивного состояния, депрессия показанной больной проявляется чувством бессилия, гнетущей тяжестью,

отсутствием аппетита, отсутствием вкуса пики и изменением течения времени. Время при депрессии течет медленно, это один из характерных симптомов.

**Лекция 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ
ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ
(продолжение)**

**Лекции по общей
психопатологии**

Снежневский А.В.

Чувственный бред, или как его еще называют — образный бред, или по И.П. Павлову — бред, относящийся преимущественно к первой сигнальной системе, — не исчерпывается только острыми формами. Наряду с острым чувственным бредом существуют и протрагированные формы. К ним относится парафренический бред мегаломанического содержания, бред Котара, фантастический бред депрессивного содержания.

Бред Котара — чувственный, больные оперируют не отвлеченными понятиями, а яркими представлениями фантастического содержания. Он проявляется в 3-х формах; в меланхолической форме, при которой больной утверждает, что он будет мучиться вечно; что все его родные погибли; его дом исчез; город, в котором он живет, страна, весь земной шар гибнут, останется в живых лишь он один и будет мучиться 100, 200, 1000 лет, вечно. Эту форму бреда называют также бредом громадности. Бред Котара проявляется также в форме бреда отрицания, совпадающей с упомянутым бредом громадности, при котором больные отрицают существование городов, стран, мира, утверждают, что ничего нет, ничего не существует и, наконец, бред Котара может быть нигилистической формы, (здесь тоже существует момент отрицания), при которой больные утверждают, что их внутренности разрушаются, кишечник прекратил работу, вся полость живота заполнена калом, у них нет внутренностей, мозга, сердца, нет их самих. Этот бред некоторые авторы относят к ипохондрическому. Он может считаться ипохондрическим только в смысле содержания бреда, но он вместе с тем фантастический, нигилистический, он образный, чувственный! еще и потому что возникает на фоне аффекта, в частности, депрессивного.

При паралическом бреде и бреде парафреническом (некоторые психиатры, например, Бумке, объединяют их на том основании, что и тот и другой являются фантастическими), больные также оперируют образами, яркими, чувственно-конкретными представлениями.

Вспомните бред паралитиков, с содержанием о несметных богатствах, мешках золота, тысячах жен. Содержание такого бреда чрезвычайно образно, чувственно, конкретно. Ему сопутствует повышенный аффект.

При парафрении речь идет о фантастическом бреде. В выраженных случаях фантастической парафрении больные

утверждают, что они живут миллион лет, что они бессмерты, что они принимали участие в жизни древнего Египта, были сенаторами Рима, или утверждают, что они пришельцы с Марса, Венеры. При этом также оперируют яркими образными представлениями и пребывают в состоянии повышенного настроения.

В бреде Котара и гарафреническом бреде имеется нечто общее. Если говорить физиологическим языком, то речь идет о возбуждении, о доминировании механизмов первой сигнальной системы. Если говорить психологически, то речь идет о безудержном напоре целой цепи образов, ярчайших представлений, доминирующих в сознании. Некоторые психопатологи неозволюционного направления сопоставляют такого рода бред с детским фантазированием. Как вы знаете, в возрасте 5-6 лет у детей возникает склонность к повышенному фантазированию. Наш отечественный психиатр Трошин в своем очень интересном, оригинальном сочинении "Сравнительная антропология детского возраста" этот период называет "золотой порой детской лжи" проявления фантазирования, детской лживости он рассматривает как закономерный этап развития психических функций. И вот некоторые авторы считают, что при психозах происходит регресс психической деятельности и сопоставляет этот "золотой период детской лжи. с фантазированием психически больных ,считая, что у них происходит регресс психической деятельности на онтогенетически более ранний уровень развития. Это далеко недоказано, но предполагать регресс психической деятельности под влиянием процесса вполне возможно.

К чувственному бреду относится и расстройство, которое очень часто встречается при депрессивно-параноидных состояниях, не только при инволюционной меланхолии, но и при депрессивно-параноидных состояниях другого происхождения, в частности, шизофренического, и при некоторых случаях ажитированной мелаихлии» Это т.н. иллюзия двойника, иначе — симптом Капгра (по имени французского психиатра) или синдром Фреголи. Этот симптом заключается в ложном узнавании лиц. Такого рода ложное узнавание выступает в очерченной, типической форме: больного посещают родные, но он воспринимает их за чужих людей, замаскированных под родных (симптом отрицательного двойника; . При противоположном расстройстве больной незнакомых принимает за родных, но только замаскированных под чужих. Такой симптом носит название положительного двойника. Подобное расстройство очень часто выражается, и в следующем виде: больной утверждает, что среди больных, находящихся в палате, есть много знакомых, много родных, но все они выглядят чужими, ибо все они замаскированы под чужих. Этого вида расстройство обычно часто наблюдается при депрессивно-параноидных

состояниях, но нередко просматривается психиатрами.

Иллюзия двойника очень часто возникает одновременно с бредом значения.

чтобы нагляднее представить отличие бреда значения от интерпретативного бреда можно было бы представить такой, допустим, слулучай. Больной идет по тротуару. Тротуар перекопан — меняют трубы — на пути встречается яма. Как воспринимает эту яму больной с интерпретативным бредом? Он свяжет ее со всей системой своего бреда и заключит, что преследователи специально вырыли эту яму, чтобы нанести ему вред, уничтожить его, воспринятая яма войдет в систему бреда. При бреде значения больной воспримет эту яму иначе: он решит, что яма свидетельствует о том, что его должны опустить в могилу, что он должен умереть, он воспримет яму как символ, как образ, как аллегория, если хотите, он не толкует ее, не связывает с имеющимся у него бредом. Больной оперирует представленными, образами, а не толкованием. У депрессивно-параноидных больных, при меланхолиях с возбуждением очень часто обнаруживается бред значения, такого рода больные утверждают, что окружающие своими движениями, походкой хотят что-то им сказать, что движения, жесты что-то означают, имеют тайный смысл. Ели, увидев, например, проезжающую мимо окон отделения машину с красным крестом, заключит, что это знак предупреждающий, что его, больного скоро повезут в морг, на казнь.

Следовательно, при бреде значения каждое явление действительности воспринимается как знак, либо указывающий на будущее, либо содержащий осуждение, обвинение.

Бред значения часто возникает вместе с другими формами бреда, также входящими в круг депрессивного бреда. К ним относится бред инсценировки, интерметаморфоза: больные утверждают, что все происходящее вокруг них (положим, в отделении больницы; одела — но специально, идет какая-то инсценировка, разыгрывается спектакль, происходит киносъемка; вокруг все изменяется: у окружающих были сначала одни лица, потом они почему-то изменились, все изменило свой облик; все присутствующие в комнате, палате почему-то все перемещаются меняют свои места; они хотят своими действиями, своим перемещением своими поступками что-то изобразить, все что-то изображает, что-то разыгрывает. Такого рода бред носит название среда интерметаморфоза, бреда постоянного изменения. Некоторые авторы называют это бредом инсценировки ибо больные часто сами употребляют это слово! происходит спектакль, что-то разыгрывается, что-то инсценируется. Некоторые авторы бред метаболическим.

Бред интерметаморфоза не следует смешивать с бредом метаморфоза в который ряд авторов, например, Кандинский, вкладывают другое содержание: извинение самого больного. Больные с этим бредом утверждают, что они превращаются в животных, в птицу, в существо противоположного пола, в неодушевленный предмет. При этом у больных развиваются фантастические сенестопатии; они ощущают изменение поверхности и формы своего тела, ощущают появление шерсти, перьев и т.д. Кандинский считал бред метаморфоза (бред превращения больного) чувственным бредом и что его возникновение связано с псевдогаллюцинациями общего чувства. Бред превращения, как правило, сопровождается явлениями физического воздействия, т.е. он входит в синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, о котором речь будет дальше. Таким образом, в круге чувственного бреда мы различаем: (острый бред конкретного содержания, острый чувственный бред¹ фантастического содержания (происходит борьба двух сил, двух партий. в центре которой находится больной; чувственный фантастический протретированный бред (примером его может быть паралитический бред, парафренический бред, а также бред противоположного знака — бред Котара), бред интерметаморфоза и бред значения,¹ к которому примыкает т.н. иллюзия или бред положительного и отрицательного двойника (симптом Капгра; Бред метаморфоза (изменения самого больного; относится тоже к чувственному бреду, но он связан уже с бредом физического воздействия и входит в синдром Кандинского-Клерамбо.

От бреда интерпретативного и чувственного отличают резидуальный бред. Строго психопатологически под резидуальным бредом понимают моносиптом, остающийся после острого психотического состояния при наличии нормализации всей психической деятельности. Пример: больная в состоянии делирия лежала в Институте им.Склифосовского и во время делирии у нее наряду с зрительными галлюцинациями возникали острые бредовые идеи, содержанием которых являлось то, что врачи Института Склифосовского убивают больных с целью эксперимента, расчлняют трупы и отдельные части поднимают на лифте куда-то вверх. Делирий прошел полностью: исчезли зрительные галлюцинации, исчезла тревога, страх, полностью исчезло помрачение сознания; все нормализовалось, больная ориентирована, понимает, что она была больна, знает, что она находится в больнице им. Ганнушкина и что ее привезли из Института им. Склифосовского. Но вместе с тем она утверждает, что в Институте им. Склифосовского врачи убивали больных с целью эксперимента, расчлняли трупы на части и поднимали их на лифте. Знает, что она была больна, что у нее бред, что она находится в психиатрической больнице. И вместе с тем, какой-то болезненный островок остается, критики к нему нет. основной признак: резидуальный бред остается Р качестве такого

островка. Бред больше не развивается. По истечении 10-12 дней внезапно утром больная, как будто проснувшись ото сна, внезапно критически стала относиться к бывшему у нее убеждению, к тому, что она еще вчера рассказывала; сегодня она уже полностью понимает, что была больна. Признаки резидуального бреда: нормализация всей психической деятельности, за исключением бредового содержания, моносимптома, неразвивающегося, остающегося в застывшем состоянии с последующим внезапным его исчезновением и восстановлением полной критики. В отношении некоторых случаев шизофреники также говорят о ремиссии с резидуальным бредом. ЕСЛИ подходить строго к квалификации состояния, то в отношении больных шизофренией употребление понятия резидуального бреда в известной мере условно, в случаях шизофренических ремиссий речь идет не о полном восстановлении психической деятельности, при шизофренических ремиссиях остаются изменения личности, наличие негативных расстройств и в этом случае резидуальный бред у больных не просто моносимптом, он сосуществует с другими психопатологическими расстройствами. В результате наступления ремиссии у больных исчезают псевдогаллюцинаторные расстройства, другие виды галлюцинаций, иные изменения, бредовая система остается; она не развивается дальше, она остается действительно как остаточная. Полного совпадения с понятием резидуального бреда, в этих случаях нет| употребляется термин "резидуальный бред" в условном смысле, не в том, как это бывает при истинном резидуальном бреде, который остается в качестве моносимптома, как правило, после состояний помрачения сознания, после экзогенных психозов. Резидуальный бред при эпилепсии, после сумеречного помрачения сознания так же, как и при шизофрении, остается наряду с элементами эпилептического слабоумия. Механизм исчезновения резидуального бреда рассматривают в двух аспектах. Во-первых — в психологическом. В таких случаях говорят, что логическое мышление больного после перенесенного психоза восстанавливается не сразу и вследствие этого больные не могут критически относиться к бреду. Когда же логика у больных, их суждения, и уровень познания восстанавливается полностью, тогда восстанавливается и критика. Патопсихологи подходят к этому вопросу с позиций психологических понятийных связей, пользуясь критериями нормальной психологии. Говсеев, наш отечественный психиатр, еще в 1911-12 гг. пытался — и правильно пытался — понять механизм резидуального бреда с чисто физиологических сторон. Он сравнивал резидуальный бред с состоянием при пробуждении: человек просыпается после сна с яркими сновидениями. Он проснулся, он воспринимает уже все реальное окружение, всю действительность, но яркие образы сновидения продолжают сосуществовать, он от них еще не избавился и восприятие

реальности еще находятся в их власти. Но вот наступает момент восстановления полного бодрствования, окончательно разрывается пелена сновидений и человек начинает с полкой критикой относиться к содержанию своего сновидения, проводит грань между сновидением, сновидными фантастическими образами и действительностью. То же самое, имеет место и при резидуальном бреде. Здесь не до конца еще разорвана пелена помрачения сознания, имеются еще частичные остатки помраченного сознания, неполное физиологическое восстановление деятельности головного мозга. Схожую трактовку мы находим и в работах у А.Г.Иванова-Смоленского. Он говорит, что при резидуальном бреде речь идет о застойном возбуждении в первой сигнальной системе, ибо резидуальный бред — бред чувственный, образный — этот очаг остается в качестве изолированного, потому что в области второй сигнальной системы, связанной с первой сигнальной системой, имеется ограничений очаг торможения: как только очаг торможения во второй сигнальной системе исчезает, нормализуется, восстанавливается корковая деятельность, сейчас же исчезает и остаточный образный бред. Следовательно, физиологически резидуальный бред, его механизм, пытаются толковать как остаточное явление, ограниченное очаговое явление торможения во второй сигнальной системе, поддерживающее очаговое возбужденно в первой сигнальной системе. Такое соотношение физиологических механизмов и клиники резидуального бреда надо считать обоснованным, ибо резидуальный бред исчезает так же, как исчезают при просыпании сновидения. Исчезновение резидуального бреда обычно бывает критическим. Естественно, что эту физиологическую трактовку нужно подтвердить соответствующими лабораторными исследованиями, чтобы она стала естественно-научным фактом.

К бреду примыкают сверхценные идеи. В клинической практике мы чаще всего встречаемся со сверхценными идеями при депрессивных состояниях. В большинстве случаев пред депрессивных больных имеет характер бреда. Самообвинения, т.е. сверхценного образования, вчера мне пришлось видеть больную; страдающую остро развившимся депрессивным состоянием, она врач, за несколько месяцев до своего заболевания она допустила некоторую, в конце концов несущественную ошибку в распознавании болезни одной из своих пациенток. После возникновения у нее депрессивного состояния больная стала утверждать, что она совершила преступление, винила себя, считала, что должна понести наказание, что она негодный врач и т.д. Развился бред самообвинения, в основе содержания которого лежал реальный факт, но своей ошибке, небрежности больная в состоянии аффективного напряжения придает чрезмерное, незаконное значение. Идея становится доминирующей в сознании больной,

подавляется все остальные мысли.

Следовательно, в отличие от бреда, источником сверхценной идеи являются реальные обстоятельства, реальные факты, но им придается незаконное значение, реальное событие приобретает доминирующее положение в сознании и сопровождается чрезмерным аффективным напряжением» человек в процессе работы в научном учреждении или на производстве обнаружил что-то новое, предложил какую-то рационализацию производства или, допустим, описал какой-то новый аспект болезни (если он медик; и в дальнейшем этому начинает предаваться несоразмерное значение, равное величайшему открытию. И соответственно этому начинает требовать признания, достойного совершения того, что никому никогда не удавалось. В борьбе за признание своего значения возникает естественно конфликт с окружающими; развивается убеждение в неправильном, предвзятом отношении. Дальше следует кверулянтские действия. Это тоже пример сверхценной идеи. Реальные обстоятельства были. Но им придано незаконное значение, в результате чего дальнейшая деятельность начинает определяться таким доминирующим аффективно заряженным представлением. В отличие от интерпретативного бреда, изменения личности не происходит; доминирующее представление обычно постепенно блекнет и исчезает.

Повторяю, сверхценные идеи вырастают из реальной ситуации, от или иной реальный повод для возникновения сверхценных идей всегда налицо. Бред не содержит реальных предпосылок в ситуации; бред, как говорят, возникает первично, из самого сознания, из нарушенной деятельности мозга. При сверхценных идеях в некоторых случаях реальные факты берутся из прошлого, т.е. не сразу становятся сверхценными, а лишь при благоприятных обстоятельствах, так, например, больная во время гражданской войны, когда требовалось сдать оружие, не сдала охотничье ружье, а бросила его в реку, через много лет, во время депрессивного состояния больная стала утверждать, что она величайшая преступница, что ее будут казнить за то, что она не выполнила законных требований. У такой больной бред по своей природе сверхценный. Реальные обстоятельства были, может быть они в течение жизни иногда вспоминались больной. Но при наличии депрессивного состояния, аффективных предпосылок, они перерастают уже в сверхценный бред.

Исследованием патофизиологии бреда занимались, как вы знаете, многие» Основу интерпретативного бреда, судя по "Средам" И.П. Павлов, видел в расстройстве процесса возбуждения, образование инертного патологического очага возбуждения, такой очаг возбуждения расстраивает условно-рефлекторную деятельность головного мозга, ассоциации, связанные с этим очагом, приобретают незаконное

доминирующее положение, они подавляют все конкурирующие очаги. И.П.Павлов говорил, что механизм инертного очага свойственен не только паранойе, но и явлениям навязчивости и эпилепсии. Подобное предположение клинически находит подтверждение. При эпилепсии наблюдается обстоятельность мышления больного, инертность, при паранойе также обнаруживается схожее изменение психической деятельности. Естественно, только этот один механизм всего паранояльного состояния объяснить не может. При паранояльном состоянии кроме бреда, кроме обстоятельности мышления, наступают еще и общие изменения личности, общие изменения всей деятельности мозга. Можно ли соотнести физиологические закономерности очага инертного возбуждения с общим изменением психического склада, сказать сейчас трудно. Имеются подтверждения, что в основе паранояльного состояния лежит необычайная инертность высшей нервной деятельности, — с этим встречается ежедневно каждый из нас.

Инсулинотерапия, электрошоковая терапия оказывается обычно безрезультатной при паранояльных состояниях; аминазин тоже оказывается неэффективным, что свидетельствует об инертности корковой деятельности.

Интересен следующий факт: при паранояльном состоянии аминазин не эффективен, но если паранояльно в состоянии у того же больного переходит по мере течения процесса в параноидное, осложняется явлениями психического автоматизма, бредом физического воздействия, то аминазин оказывается действенным. Как только инертность преодолевается, аминазин становится эффективным.

На этой основе сейчас делаются попытки двухстепенного лечения шизофрении: паранояльные состояния, грубо говоря, "раскачивают", ухудшают применением нейротоников с тем, чтобы, когда процесс ухудшится и наряду с паранояльным состоянием у больного возникнут явления психического автоматизма, применить лечение аминазином и добиться таким образом эффекта. Такие попытки, в частности, делались в Западной Германии, попытки переделки, ухудшения паранояльного состояния применением марсилада. Павловское положение, что в основе паранояльного состояния лежит патологическая инертность, застойность, в общем виде подтверждается.

Павлов далее указывал, что механизм бреда не одинаков, что при разных видах бреда речь идет не только о существовании очага инертного возбуждения, но и о существовании, наряду с ним, фазовых состояний торможения. Если соотносить эти физиологические закономерности с клиническими, то также обнаруживается несомненное совпадение. В ряде случаев

шизофрении паранояльное состояние переходит в галлюцинаторно-параноидное, — наряду с систематизированным бредом у больных развиваются явления психического автоматизма, симптомы овладения, открытости, воздействия, что Павловым и другими связывалось с наличием ультра-парадоксального фазового состояния. Касаткин на основании своих опытов говорит, что длительное существование инертного возбуждения приводит, вследствие истощения клеток коры, к развитию фазовых состояний. Майоров тоже писал об этом. Далее Павлов указывал, что основой бреда может быть наличие лабильности тормозного процесса; он говорил об этом, касаясь природы депрессивного бреда. Известно, что в основе депрессивных состояний лежит патология тормозных процессов. Вполне возможно, что в основе депрессивного бреда лежит не инертность процесса возбуждения, а лабильность процесса торможения.

Все это, естественно, требует дальнейшего тщательного лабораторного исследования. Сейчас мы пользуемся павловскими механизмами, главным образом, в порядке интерпретации, толкования. Это путь необходимый, — сначала нужно наметить пути исследования, а затем уже и исследовать. Разработать методы исследования с тем, чтобы подучить конкретные данные о том, что происходит с деятельностью мозга при разных формах бреда. При этом, естественно, надо идти путем сравнения, — сравнивать особенности нарушения в деятельности мозга при паранояльном бреде, бреде фантастическом и т.д.

Переходим к явлениям навязчивости. Психиатры и физиологи сопоставляли бред и навязчивость. И.П. Павлов видел в бреде и в навязчивости единый механизм — инертность, нечто общее обнаруживается и в клинике.

Навязчивости, как и бред, разделяют на две группы: навязчивость с отвлеченным, абстрактным, если хотите, содержанием и группу явлений навязчивости чувственной, образной, с аффективным содержанием. Обычно навязчивости так не инертны в отношении терапии, как и паранояльные явления. В основе их лежит инертность физиологических процессов. В некоторых случаях навязчивость на высоте своего развития может стать неотличимой от бреда. Это касается явлений навязчивости в форме овладающих представлений. Вместе с тем клинически и психопатологических явления навязчивости резко отличаются от бреда. Как определяют явления навязчивости? Уже в самом названии содержится характеристика их особенностей. Это состояния, которые возникают с характером насильственности. Явления навязчивости наступают помимо воли больного, преодолеть их он бессилён, несмотря на сознание их ненормальности,

бессмысленности.

Явления навязчивости прежде всего характеризуются наличием критического к ним отношения, чем они и отличаются от бреда.

Второе: они характеризуются насильственностью. в этом отношении от совпадают с явлениями психического автоматизма для которого тоже свойственна насильственность. Но и от явлений психического автоматизма они отличаются наличием критики. При психическом автоматизме больной убежден, что явления насильственности, например, насильственное мышление, насильственные чувства, вызваны воздействием со стороны, сделаны. Больной с навязчивостью, например, при насильственном страхе, насильственном мышлении сознают, что это есть явление болезненное, что это его мысли, его чувства, а не чужие, не "сделанные".

В течение ряда лет, даже десятилетий, пытались определить психологическим путем природу навязчивостей. Некоторые психиатры относили навязчивости к патологии эмоциональности, другие к патологии мышления, третьи — к патологии воли. Естественно, что эти попытки объяснения не дали никаких результатов, ибо здесь происходило то, о чем я говорил на первой лекции: происходила попытка одно явление объяснить другим явлением — явление навязчивости -явлением воли, которая овеществлялась, фетишизировалась.

Природу навязчивости нужно искать в расстройстве высшей нервной деятельности. Есть основание ждать, что исследования в этой области прольют свет на природу такого расстройства, чрезвычайно инертного, чрезвычайно мучительного, порой делающего больных инвалидами в расцвете сил.

Навязчивости разделяют как и бред, на навязчивости абстрактные (или словесные навязчивости, как называют физиологи,) и чувственные, образные. При отвлеченной навязчивости само содержание навязчивого явления аффективно безразлично — это насильственные размышления, насильственный счет, насильственные воспоминания. В этом случае для больного мучителен самый факт того, что он должен, помимо своей воли, например, размышлять над несущественными темами? предметами. При навязчивости чувственной, образное для больного мучителен не только самый факт появления навязчивости, невозможность ее преодолеть, но и содержание навязчивости, это — насильственное воспоминание о неприятных событиях, худшие, кошмарные мысли и овладевающие представления, сомнения и страх.

При навязчивости отвлеченной речь идет об "умственной жвачке", бесплодном мудрствовании. Больной, помимо своей

воли, принужден думать над неразрешимыми проблемами, над несущественными вопросами, вплоть до самых банальных: почему стул делается с 4-мя, а не с 2-мя ножками, что бы делалось со стулом, если бы он делался с 2-мя ножками. Больной сознает бессмысленность подобного мудрствования, но избавиться от этого не может, или он принужден думать о том, что такое бесконечность, есть ли конец у бесконечности, почему земной шар вертится в ту сторону, а не в другую и что бы было с людьми, если бы он вращался в обратную сторону; почему дом построен трехэтажный, а не четырехэтажный, какие бы люди жили, если бы этот дом был четырехэтажный, изменился ли бы его облик, как бы это повлияло на весь архитектурный ансамбль данного квартала и т.д. Больной сознает нелепость, бессмысленность, бесплодность подобных размышлений, подобной "умственной жвачки", но избавиться от нее не может и от этого страдает; сознает болезненность этого, сознает, что это что-то чуждое, хотя эти навязчивые мысли считает своими.

То же самое может касаться не размышлений, а воспоминаний. Больной помимо своей воли должен вспомнить имя, отчество, год рождения своих знакомых, обстоятельства встреч с ними, когда он видел их в последний раз, какого числа, какая была погода в этот день. Он пытается избавиться от этого, но безрезультатно »У некоторых больных имеется навязчивое стремление запомнить номера вагонов трамваев. У других больных имеется стремление считать буквы на вывесках, окна в домах, пуговицы у собеседника.

Во всех этих случаях содержание навязчивости аффективно безразлично, больной страдает только от самого факта навязчивости. Но при счете необходимо дифференцировать что это: — бесплодное мудрствование, умственная жвачка или это ритуал? Некоторые больные с навязчивостью считают со значением: если будет четное число, то будет благополучно, а если нечетное — наоборот, некоторые считают с целью защиты от мнимого несчастья, от навязчивого страха перед несчастьем. Такой счет относится к кругу ритуального счета и не является симптомом отвлеченной навязчивости. Это необходимо дифференцировать, в зависимости от вида навязчивости меняется оценка статуса больного.

Навязчивости чувственные, образные более разнообразны. Во-первых, сюда относятся навязчивые воспоминания. У больного в жизни было какое-то неприятное событие, чрезвычайно его травмировавшее, иногда даже постыдное событие, он его хочет забыть, похоронить, не думать, не вспоминать о нем, но оно навязчиво, со всеми подробностями, чрезвычайно образно, с яркостью псевдогал-люцинаций, постоянно вспоминается больным, всплывает в памяти. Он отгоняет его, а воспоминание вновь навязчиво воспроизводится изо дня в день, в течение дня

много раз, почти постоянно. Больной страдает не только от самого факта навязчивого воспоминания, но и от содержания. Такая навязчивость — с аффективным тягостным содержанием.

К таким же навязчивостям относятся и хульные, кощунственные мысли. Банальный пример: у религиозного человека, находящегося в церкви в момент богослужения, в момент самого благолепия вдруг возникают циничные мысли в отношении девицы Марии, Христа и др. святых. Здесь самый факт появления этих мыслей для религиозного человека, естественно, является мучительным, не говоря о том, что эти мысли возникают в сознании помимо воли больного. Он отгоняет их, а они, как нашептывание дьявола, вновь появляются в сознании. Кощунственные мысли могут быть другого содержания: у отца или матери — любимый ребенок, за жизнь которого, за здоровье которого больной (или больная) постоянно тревожится. И вдруг возникает навязчивое желание болезни и смерти ребенка. Контрастность, навязчивое противоположное отношение само по себе является мучительным, страшным, угрожающим.

Овладевающее представление — это такая форма навязчивости, которая на высоте становится не отличной от бреда. В.П. Осипов в своем описании овладевающих представлений приводит случай со студентом, сядившимся в трамвай в толчее, у которого возникла мысль, что он в давке случайно столкнул женщину, она попала под колеса трамвая и была раздавлена, он виновник ее смерти. Это представление настолько им овладело, что он вернулся к месту посадки и стал расспрашивать окружающих, действительно не попала ли женщина под колеса трамвая в ближайшие часы. Отрицательный ответ не успокоил его. Для подтверждения он отправился в Управление трамвайного движения. В момент, когда он возвращался к месту своей посадки, когда обращался в Управление трамвая, критика к содержанию навязчивости на время исчезла. Навязчивость достигла напряженности бреда. Помню больного, который обратился в диспансер со следующим: у него был единственный ребенок, сын, который болел долго туберкулезным менингитом и умер, несмотря на все усилия врачей и родных; его похоронили. По прошествии некоторого времени у отца возникла мысль, что ребенок похоронен живым, что у него было только тяжелое помрачение сознания а не смерть, которое не распознали. Больной ярко представлял себе, как ребенок проснулся в гробу, кричал и в конце концов задохнулся. Такая мысль настолько овладела больным, что он несколько раз ходил на кладбище, прикладывал ухо к могиле и подолгу слушал, не донесутся ли из могилы крики. В конце концов он обратился к дирекции кладбища с просьбой вскрыть могилу и проверить, в том ли положении лежит труп или его положение изменилось. В такие моменты навязчивое овладевающее представление достигает степени бреда. Правда, овладевающее представление держится

не постоянно, но возникает временами, в промежутках же обнаруживается к нему критическое отношение. Больной пришел в диспансер с просьбой помочь ему избавиться от этого представления, научить, как преодолевать его. Когда такого рода представления достигают большой интенсивности, они целиком овладевают больным. Критикана некоторое время исчезает и тогда навязчивое явление смыкается, сливается с бредом.

Близко к этой форме навязчивостей стоят навязчивые влечения, также чрезвычайно контрастные по своему содержанию. Они появляются у больных иногда мимолетно, в виде стремления обругать прохожего, сказать незнакомому человеку на улице какую-нибудь гадость, циничную фразу; у других появляется желание в театре, сидя в бель-этаже или ложе яруса, плюнуть на чью-нибудь лысину, сбросить бинокль. У некоторых подобные явления более мучительны: ножом ударить любимого ребенка, близкого родственника. У одной больной возникло желание посадить своего ребенка на раскаленную трубу, у другую — ударить топором дочь. Больные в подобных случаях боятся, что они выполняют влечение, что у них настолько помутятся сознание, что они могут действительно убить, у дарить топором любимого ребенка. ни прячут все острые предметы, стремительно убегают из дома, как только возникает такое навязчивое влечение.

Подобные влечения не реализуются, чем и отличаются от импульсных влечений, но они доставляют мучительное переживание больным. Некоторые просят, чтобы их поместили в психиатрическую больницу из-за страха, как бы они, несмотря на свое сопротивление, все же не реализовали свое ужасное влечение.

Во всех случаях речь идет о контрастных по своему содержанию расстройствах, почему, например, Е.А. Попов и трактовал их механизмы как проявление ультра парадоксальной фразы. Однако дело здесь. по-видимому, более сложное.

К области навязчивых расстройств относятся и бесконечные фобии. Выделить их невозможно. Содержанием страха может стать любое явление действительности: страх высоты, страх пространства, страх острых предметов, страх заразиться болезнью, Страх заболеть раком, сифилисом, страх остаться одному, страх закрытых помещений, страх оказаться в середине толпы и быть задавленным, боязнь подавиться. Они бесконечны. К американскому словарю медицинской терминологии есть приложение, в котором на 6-ти страницах, описаны все виды фобий, даны их латинские и греческие названия. Автор насчитывает 367 видов фобий. У некоторых больных появляется состояние панфобии . боязнь всего. и наконец встречается

фобобобия — навязчивый страх возникновения фобии.

К этой же области чувственных навязчивостей относятся разнообразнейшие по своим проявления навязчивые сомнения. Больной запер дверь, уверен в этом, но все же его мучат сомнения, он должен возвратиться и вновь проверить, закрыта ли дверь, уйдет и еще раз вернется, и еще раз. По несколько раз проверяют правильность написанного адреса на письме, и, опустив в почтовый ящик, все же начинают навязчиво думать, что адрес был написан неправильно. Врачи по-много раз проверяют дозы в рецепте, иногда догоняют больных и просят возвратить рецепт для новой проверки. Один врач, хорошо зная дозировки всех медикаментов, не мог писать рецепты без справочника, — он должен был каждую дозу вновь и вновь проверять. Проверяют также шкафы, служебные помещения, ящики, проверяют по-много раз содержание служебных бумаг. Одним словом, такие явления навязчивости иногда бывают настолько выражены и интенсивны, что больной становится их рабом, становится не работоспособным.

Наконец, к навязчивостям относятся, занимающие несколько особое место, навязчивые страхи в успешном выполнении либо привычного, либо автоматизированного, либо физиологического акта. Может возникнуть навязчивый страх бессонницы и в таких случаях больные действительно перестают засыпать, у некоторых возникает навязчивый страх покраснения в общественном месте, покраснения при разговоре с сослуживцами и такого рода покраснение реализуется, больной действительно краснеет. У некоторых появляется страх забыть роль или содержание выступления и это приводит действительно к забыванию. Навязчивый страх подавиться иногда приводит к тому, что действительно функция акта глотания расстраивается. В некоторых случаях явление импотенции у мужчин носит характер такой навязчивости. В учебнике Е.А. Попов привел пример для иллюстрации такой навязчивости — навязчивой болезни выполнения привычного автоматизированного действия: если доску в полметра ширины положить на пол, каждый свободно по ней пройдет, но если доску, такой же ширины, положить над пропастью, пройдет не каждый, расстроится акт движения, акт равновесия, возникает страх. Схожий механизм лежит и в навязчивой боязни не выполнить то или иное действие. Последнее приводит к тому, что некоторые теряют способность выступать на больших собраниях, возникает навязчивый страх наступления смущения и забвения содержания выступления. Иногда такой больной преодолевает себя, выступает и действительно забывает. После чего страх перед публичным выступлением становится непреодолимым.» У актера, у певца такой страх приводит к необходимости оставления своей профессии.

Среди явлений навязчивости часто встречаются явления ритуала, навязчивого заклинания. У больного возникает мучительный навязчивым страх несчастья с родными во время его отсутствия. Уходя из дома, он должен три раза обернуться и посмотреть на окна своей квартиры, такое действие подобно заклинанию навязчиво предохраняет от мнимого несчастья. Больной с навязчивым страхом, что ему ничего в жизни не удастся, идя о чем-либо хлопотать в учреждение? Для успеха своих хлопот должен найти окурочку на тротуаре и держать его все время в левой руке? — несмотря на критическое отношение, несмотря на сознание нелепости своих действий, больная все же их совершает, достигает облегчения (ритуалы навязчивое действие, определяющееся другими видами навязчивостей: навязчивыми сомнениями и навязчивыми страхами).

Есть еще один вид навязчивых действий — привычные действия. У очень многих людей имеются привычные навязчивости: некоторые постоянно оттягивают воротник, поправляют волосы, особым образом трут лицо, в речи употребляют слова — паразиты: "знаете ли?" "понимаете", "вот ли" и т.д. Они тоже связаны, образовавшиеся по типу условного рефлекса и ставшие навязчивыми, но они обычно не замечаемы, иногда даже не тягостны. Они становятся тягостными только тогда, когда на них обращают внимание окружающие, избавиться от них так же трудно, как и от других видов навязчивостей.

Патофизиологический механизм явлений навязчивости разные авторы трактуют по-своему. И.П. Павлов рассматривал навязчивости, как результат образования очага инертного возбуждения. Он думал об едином механизме, лежащем в основе паранойальных состояний и навязчивостей. Правда, в отдельных "Средах" он предполагал и иной механизм, он думал, например, что фобия является следствием лабильности торможения. М.К. Петрова и др. считали, что в основе фобий лежит инертность тормозного процесса. Что касается обладающих, контрастных представлений, то И.П. Павлов считал, что в их основе лежит ультра парадоксальная фаза, извращение индукционных отношений: ассоциации, соответствующие действительности, затормаживаются, а ассоциации, не соответствующие действительности, растормаживаются. Это пока еще гипотетическое толкование, ценность которого заключается в том, что оно дает направление исследованию. И.П. Павлов, делая это предположение, имел богатый лабораторный опыт, павловское представление об инертности, лежащей в основе паранойальных и навязчивых состояний, подтверждается повседневно в нашей клинике, нашим вмешательством в природу этого процесса.

ДЕМОНСТРАЦИЯ БОЛЬНЫХ

- Что же мучает Вас? Расскажите.
- Я не могу сказать...
- Что делает Вас больной?
- Навязчивые мысли...
- Расскажите, пожалуйста, подробнее.
- С самого начала может быть начать?
- Что первоначально возникло?
- Самое первое — я боялась ездить в метро...
- Почему?
- Меня почему-то тянуло под колеса.
- Был страх, что броситесь?
- Да, но я не хотела кончать жизнь. А потом появились мысли: как человек говорит? Как происходит мышление?
- Как же Вы себе это представляли?
- Представляла мозг и все прочее, старалась себе объяснить,
- Страдали от этого?
- Да, очень страдала...
- Страдали от того, что приходится думать об этом?
- Да.
- А избавиться могли?
- Без больницы не могла. Только когда легла в клинику.
- Лучше стало?
- Там меня очень долго лечили и у меня это пропало.
- Совсем пропало?
- Да.

— А что еще было?

— Некоторое время хорошо себя чувствовала. Потом опять такая мысль возникла, она очень меня беспокоит до настоящего времени.

— И сейчас думаете?

— Да.

— Все над одной и той же темой: как человек говорит?

— Да.

— Постоянно думаете?

— Все время. Не могу смотреть телевизор, не могу читать книги.

— Еще какие явления навязчивости у Вас были?

— Потом, не знаю? или от личной жизни,— или от лекарств ,очень ослабела память. Даже когда хорошо себя чувствовала, начинала читать и очень быстро уставала и уже не могла понять смысл. читала на одном месте. И в настоящее время иногда прочитываю газеты и очень быстро устаю. Потом, года два назад, появились другие страхи. Сначала были "приливы" — охватывал ужас..

— Беспредметный?

— Беспредметный. Может быть оттого, что я боялась сойти сума. У меня такая тревога появилась, все внутри дрожало...

— И никаких действий, предохраняющих Вас от сумасшедствия,не делали?

— Нет.

— Значит, главная Ваша навязчивость довольно однообразная,мучительная: Вы размышляете над тем, почему человек говорит. Астрах метро остался?

— Он постепенно прошел. Я год не ездила и прошел. Но даже,когда приходится поехать на дачу на поезде, я не могу смотретьпод колеса...

— Вы боитесь, что броситесь под колеса?

— Да.

- Страх, что все же броситесь под колеса?
- Хотя совсем нет мысли кончать с собой...
- Но Вас влечет под колеса?
- Да, влечет.
- Еще какие-нибудь явления навязчивости есть?
- Иногда бывает навязчивость, я пример приведу: бывает желание ударить человека. В мозгу мысль: сделай это, сделай это. Мне человек ничего плохого не сделал, а такая мысль...
- Тоже навязчивая?
- Навязчивая, в мозгу: "сделай это, сделай это".
- И Вы реализуете это или нет?
- Я отношусь к себе критически, разбираюсь, что человек ничего плохого не сделал...
- Еще какие?
- Сначала "приливы" были такого стража. Я быстро спешила домой. Когда приближалась к дому, это проходило. А полтора месяца назад это в постоянное вошло: не могла ходить одна, все время с мамой...
- Почему?
- Не знаю.
- Какой страх?
- Беспричинный...
- Страх сойти с ума? Или боитесь умереть?
- Нет, не боюсь умереть...
- Боитесь сойти с ума, поэтому одна не остаетесь?
- Не только... В это время тревога наступает, я не могу дома одна сидеть, мне кажется, что сейчас свихнется голова. Я начинаю руками, ногами болтать, повторяю, чтобы вызвали скорую помощь. Но это не всегда бывает, в основном, когда дома сижу одна. Поэтому мама не работает, сидела со мной, пока я не

легла в больницу. А сейчас еле сюда дошла.

— Почему?

— Страшно...

— Появился страх, что сходите с ума?

— Да.

— Сколько времени Вы болеете?

— Очень давно, четвертый год...

— Не работаете, не учитесь?

— Нет. Хотела на курсы кройки и шитья, но не смогла.

— Что помогает?

— Не знаю. Два раза лечили инсулином. Однажды делали электрошоком. Аминазин сейчас делают, но, мне кажется, что аминазин обостряет состояние. Уже месяц таблетки дают, уколы делают и ничего... Я еще не сказала, что оклики есть, как будто называют по имени... Я все время оглядываюсь, что лежит... Если лежит бумажка, должна ее поднять...

— И избавиться от этого тоже не можете?

— Да... Но сейчас немного легче...

(больная уходит)

Как вы видите, здесь явления навязчивости довольно разнообразны. У этой больной обнаруживаются не только явления навязчивости, но и оклики и изменения личности, характерные для шизофрении. Но, сейчас рассмотрим только явления навязчивости. Какие же явления навязчивости обнаруживаются у больной? Во-первых у нее отвлеченная навязчивость; она, помимо своей воли, должна размышлять над проблемой, почему человек говорит, каков механизм этого акта, т.е. она охвачена бесплодным мудрствованием, понимает бессмысленность этого, но тем не менее избавиться от мудрствования не может. Наряду с этим у больной обнаруживается навязчивое влечение броситься под колеса, она боится, что уже наступит слабость сознания и она реализует это влечение помимо воли. Далее, у больной обнаруживается страх — также характера навязчивости — сойти с ума, поэтому она далеко от дома не уходит, одна в комнате не остается, мать вынуждена была оставить работу, чтобы постоянно быть с ней.

Кроме того, у нее еще и навязчивое действие: оглядываться и подбирать с пола бумажки. По-видимому, эта навязчивость ритуального значения.

У больной, как видите, имеется полиморфная навязчивость. Это чаще всего наблюдается при инициальной и вялотекущей шизофрении. Так же, как при паранойяльном шизофреническом состоянии, бред сначала представляется монотематичным, а затем делается политематичным, что свидетельствует о движении процесса, так и навязчивости усложняются, проявляют тенденцию к генерализации, которая клинически проявляется разнообразием симптомов.

(входит другая больная)

— Пожалуйста скажите, что Вас мучает?

— Меня мучат навязчивости. Я все переделываю...

— В чем это выражается?

— По несколько раз надеваю и раздеваю халат, дверные ручки трогаю...

— Почему?

— Так нужно бывает... Если я не сделаю, то я боюсь..

— Что случится?

— Нехорошее.

— А что может случиться нехорошего?

— Нехорошее.

— А если переоденете несколько раз халат, то Вы этим самым предупреждаете наступление нехорошего?

-Да... и считаю я..»

— Что считаете?

— По несколько раз переделаю, чтобы четное число...

— Нужно четное число сделать, тогда несчастья не будет

— А если нечетное?

- И не делав...
- Почему? Начинаете бояться?
- Я только четное. Считаю, сколько раз — и проходит. А потом опять появляется. И дверные ручки... Потом, когда умываюсь, кран трогаю несколько раз...
- Это очень мучит вас?
- Мучает...
- Избавиться не можете?
- Давно уж не могу избавиться...
- Страх есть?
- Есть страх. Если не сделаю — боюсь... Я еще на полу обхожу человечков.
- Каких?
- На полу вижу...
- Как видите, в голове или на полу? Что за человечки?
- Такие маленькие...
- Какого цвета?
- Смутно видела... в пижамах одеты, в костюмчиках...
- И что же они, где стоят?
- Они мне путь преграждают...
- Что это за человечки?
- Не знаю.
- Как думаете?
- Не знаю.
- Не задумывались над этим?
- Я боюсь их.

- Почему?
- Потому что они нехорошие.
- Откуда знаете, что нехорошие?
- Они мешают мне наступать на пол.
- С какой целью мешают.
- Не знаю...
- Как думаете, что предполагаете?
- Не знаю.
- Какие мысли были, какие предположения?
- Не знаю.
- Они разговаривают с Вами?
- Нет, не разговаривают.
- А как смотрят на Вас?
- Смотрят обыкновенно.
- Отвернуться от них можете?
- Могу, но я обхожу их... А если отвернусь, опять с этой стороны, вежде. Но я их вижу мало, раньше больше видела.
- Значит, если они с одной стороны, а повернетесь в другую сторону, то они и там?
- Я не свободна...
- От чего?
- Запрещают...
- Как, мысленно запрещают?
- Слышится в голове...
- Это все человечки?
- Нет.

- А кто?
- Человек.
- Какой?
- Мужчина.
- Почему он такую власть имеет над Вами? Кто он такой?
- Человек.
- Большой человек? Ученый?
- Нет, так, среднее образование...
- А почему узнает Ваши мысли? И влияет на Вас?
- этом не знаю...
- человечки от него?
- Нет, это от другого совсем.
- Значит, человечки тоже влияют на Вас?
- Да, тоже.
- А как он, этот человек, влияет на Вас, посредством чего?
- Посредством гипноза, наверно...
- Он читает Ваши мысли?
- Да.
- На настроение Ваше влияет?
- Да, я разговариваю с ним.
- Мысленно?
- Нет, шепчу.
- И он слышит?
- Слышит.
- А видите его?

— Сейчас умственно вижу, как в тумане...

— Он молодой, старый?

— Нет, средних лет.

— Блондин, брюнет?

— Брюнет,

— А во что одет?

— В костюме темный...

— Какое отношение он имеет к Вам?

— Не знаю. Стал вот...

— Влюбился что ли?

— Нет,

— Зло хочет сделать или добро?

— Зло.

— А чем Вы ему мешаете?

— Я не хочу, а он разговаривает...

— С какой целью?

— Чтобы я разговаривала с ним...

(больная уходит)

В этом случае, как вы видите, навязчивость выражается в ритуалах: больная должна по несколько раз и обязательно четное число — снять и надеть халат, столько-то раз сделать то или иное действие, ибо это предохраняет ее от несчастья, которого больная навязчиво боится. Проявление навязчивого действия, ритуального действия.

Наряду с этим у больной обнаруживаются и другие расстройства — она обходит на полу «человечков». "Человечки", по-видимому, явление не галлюцинаторное, а псевдогаллюцинаторное. Ноишевский дифференцировал псевдогаллюцинации от истинных галлюцинаций следующим образом: от истинных можно отвернуться, от псевдогаллюцинаций нет. Больная также от "человечков" не может отвернуться. Описание "человечков"

соответствует не истинным галлюцинациям, а ярким представлениям воображения. И еще, обнаружился какой-то человек, который на нее влияет. Все это носит необычайно образный характер в сочетании с явлениями навязчивости, близкий к бреду воображения, который свойственен неврозоподобным, психопатоподобным процессуальным расстройствам. Но у больной обнаруживаются уже и явления психического автоматизма. У больных, у которых развиваются выраженные явления психического автоматизма, обычно явления навязчивости исчезают, поглощаются ими. Так что можно ждать, что у показанной больной возникнет, если этого не предотвратить лечением, бредовое состояние с автоматизмами.

Лекция 4. ИМПУЛЬСИВНЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ, РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ, ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

**Лекции по общей
психопатологии**
Снежневский А.В.

Разделяется на две группы: импульсивные и собственно импульсивные влечения.

Под импульсивными действиями понимают сложные двигательные акты, поступки, которые возникают и совершаются больными внезапно! без борьбы мотивов, без их взвешивания, без осмысливания. Наиболее классическим примером такого рода импульсивных действий импульсивные действия кататоников. Больной внезапно спрыгивает с постели, бесит, ударяет попавшихся навстречу больных или персонал, сбрасывает предметы со стола, сбрасывает с себя одежду, начинает внезапно танцевать, кружиться на месте, бросается к окну, разбивает его, или внезапно начинает петь, выкрикивать отдельные слова — и все это внезапно, безмотивно, спонтанно.

Импульсивные влечения отличаются от навязчивых прежде всего тем, что осуществляют их в то время, как навязчивые влечения не реализуются. Больной с навязчивыми влечениями борется с ними, страшится реализации своих влечений он принимает все меры к тому, чтобы они помимо его воли не реализовались. При импульсивных влечениях больной принимает все меры к тому, чтобы возникшее влечение реализовались. Это основное отличие.

Надо сказать, что импульсивное влечение постепенно охватывают все помыслы больного.

Первоначально больной пытается преодолеть возникающее влечение, победить его, происходит борьба мотивов, больной пытается противостоять своему влечению. Но все это лишь вначале. В дальнейшем влечение становится все более и более доминирующим, подчиняет самосознание больного и он исполняет возникшее влечение. Причем, нередко бывает, что после исполнения влечения воспоминания о периоде

реализации влечения остаются неполными, фрагментарными, в некоторых случаях идет речь, судя по фрагментарности воспоминаний, о сужении сознания, об аффективном сужении сознания, об аффективном сужении сознания при реализации того или иного влечения.

После реализации влечения большой переживает состояние бессилия.

Описания импульсивных влечений в прежнее время занимали довольно большое место в руководствах психиатрии. Выделялись различные виды импульсивных влечений. Одно время выделялось даже в качестве самостоятельной нозологической единицы импульсивное помешательство. Но с течением времени в этой области произошли большие изменения, так же, как с течением времени изменилась клиника многих заболеваний и в соматической медицине. Ряд заболеваний не только уменьшается в своем числе, но и исчезает. Давыдовский приводит в качестве примера хлороз. Прежде он занимал в области внутренних болезней значительное место, число больных хлорозом было большое, сейчас эта болезнь исчезла. То же самое происходит и с импульсивными влечениями. В прежних руководствах вы найдете самые разнообразные импульсивные влечения: импульсивное влечение к убийству, к выкапыванию трупов, импульсивное влечение к увечью, к поджогам и т.д. Сейчас многие из них стали казуистикой.

Выделяют, например, влечение к кражам (клептомания; влечение к поджогам (пиромания; но они стали редкостью, также как и импульсивное влечение к убийству.

Надо сказать, что большинство таких тяжелых влечений, как, например, пиромания (влечение к поджогам; или влечение к убийству — не является самостоятельным заболеванием или истощающим клиническую картину психопатологическим расстройством, а лишь, да и то чрезвычайно редким, проявлением психозов, и в первую очередь, шизофрении.

При дромомании, т.е. влечении к бродяжничеству, у больного периодически возникает беспокойное, дисфорическое состояние, на фоне которого проявляется неудержимое влечение к перемене мест. Первоначально, как при всяком влечении, больной пытается подавить это возникающее стремление, но оно становится все более и более доминирующим, непреодолимым, и, наконец, достигает такой степени, что больной, страдающий им, не думая о борьбе, стремится к реализации влечения, часто, даже во время работы он бросает ее и отправляется на ближайший вокзал, пристань, нередко без копейки денег, никого не предупредив, садится на поезд, пароход и едет, куда глаза глядят. Эта поездка

продолжается обычно ряд дней. Больной в это время плохо питается, бедствует, но тем не менее едет, меняет места. А затем все это проходит, наступает состояние облегчения, душевного расслабления. такого рода больные полуголодные, грязные, измученные возвращаются по месту Жительства милицией или сами с трудом добираются обратно. Наступает, иногда очень недолгий, светлый промежуток, а затем ,через некоторое время. о характером циркулярности, опять появляется дисфорическое состояние и вновь со стереотипным сходством повторяется прежнее влечение.

То же самое наблюдается и при импульсивном влечении к кражам. Оно не является постоянным, а также возникает периодически. Внезапно та или иная случайно увиденная вещь начинает приковывать внимание больного, появляется стремление овладеть ее После внутренней борьбы больной начинает прилагать все усилия, чтобы похитить эту вещь незаметно и не успокаивается, не получает облегчения до тех пор пока ее не украдет. После похищения — влечение» интерес к этой вещи исчезает, она нередко выбрасывается, или под тем или иным предлогом возвращается владельцу, или просто о существовании ее забывается. Это влечение носит название клептомании.] Оно тоже встречается в настоящее время не часто и обнаруживается или при вяло протекающей шизофрении или при органических психопатоподобных состояниях. Во всяком случае чаще всего при клептомании, так же как и при дромомании, речь идет не о самостоятельном заболевании, как думали раньше, а о психопатоподобных состояниях различного генеза или органического, или шизофренического.

Наиболее часто встречающимся расстройством этой группы является дипсомания — периодически возникающее стремление к запою. При настоящей дипсомании больные в промежутках между запоями совершенно не употребляют вино, они являются может быть наиболее идеальными трезвенниками. Но в момент запоя они действительно пьют беспробудно, у них развивается неутолимая жажда потребления вина и это продолжается не только днями, но и неделями .Больные в это время целиком находятся во власти своего влечения, они прибегают к любым средствам? чтобы продолжать пьянство - к продаже вещей за бесценок, к вымогательству. Пьянство продолжается беспробудно, ежедневно и прерывается только сном. По миновании его больные чувствуют отвращение к вину и не пьют неделями и месяцами.

Развитие дипсомании все авторы связывали с изменением настроения, а надо сказать, что изменение аффекта типа особого дисфорического состояния возникает в каждом случае импульсного влечения, как одно из проявлений импульсивного влечения, изменение настроения носит преимущественно

дисфорический характер с тоскливостью и чаще всего, как это бывает при дисфории, с раздражительностью, неприязненностью ко всему и нередко даже с элементами злобности.

В.А. Гиляровский и С.А. Гиляровская описывали случаи нажитой дипсомании, которая развивается в течение хронического алкоголизма. Этот вопрос чрезвычайно интересный. Действительно, в ряде случаев хронического алкоголизма также развивается дипсомания, но как бы нажитая, приобретенная, а не конституциональная.

Клинические наблюдения показывают, что импульсивные влечения возникают нередко у больных, страдающих процессуальным заболеванием, чаще с психопат о подобны./и изменениями — инициальными или резидуальными. Это подтверждает положение, что импульсивные влечения далеко не во всех случаях определяются конституциональными особенностями, а нередко являются свойством приобретенным, следствием того или иного процесса, начинающегося или перенесенного. Следовательно, возможно развитие, например, нажитой дипсомании, возникающей вследствие хронического алкоголизма.

Под пироманией понимают импульсивное влечение к поджогам. У больных, так же как при каждом импульсивном влечении периодически возникает стремление, влечение к поджогам. Они сначала борются с этим, страшатся этого влечения, понимают его бессмысленность, жестокость, но тем не менее потом оказываются в его власти и принимают все меры для его реализации. Они не успокаиваются до тех пор, пока не реализуют свое влечение. Так один больной в период возникновения этого влечения специально готовился к поджогу. Он изобрел особый аппарат - раскручивающуюся катушку, которая при раскручивании производила вспышку спичек. Сделав несколько таких аппаратов, он шел в деревню, бросал эти аппаратики на соломенные крыши, вызывал пожар и это доставляло ему облегчение, удовольствие. А затем он уходил и старался не вспоминать о совершенном. Эти расстройства возникали у него как результат изменения личности после перенесенного приступа шизофрении. Но такие случаи сейчас становятся редкостью, архаическим проявлением болезни.

Случаи влечения к убийству стали исключительной редкостью. Но в любой старой работе, например, Крафт-Эбинга, Щуле, и в более поздних руководствах — можно найти описания подобных случаев. Частота их, по сравнению с нашим временем, была значительной. В тех случаях, которые приходилось видеть, всегда шла речь о процессуальных расстройствах.

В диагностике, в том числе и при судебно-психиатрической экспертизе, необходимо, следовательно, клинически тщательно исследовать такие случаи и уметь отличать импульсивные влечения от навязчивых. Вся клиника и психопатология этих чрезвычайно внешне схожих расстройств совершенно разная.

Расстройство памяти

В этом кругу расстройств выделяют дисмнезии, амнезии и парамнезии. Под дисмнезией понимают расстройство памяти — небеспамятство, как при амнезии, а расстройство памяти, — ее слабость. Дисмнезия является симптомом органических психозов или органических синдромов. Дисмнезия может быть различной. В некоторых случаях она преимущественно касается запоминания, в других случаях — воспроизведения, причем наибольшие трудности в этих случаях больной испытывает при воспроизведении наиболее абстрактного, отвлеченного материала памяти: понятий, терминов, названий, дат, фамилий, имен, отчеств. Репродукция этого материала страдает при дисмнезии в первую очередь. Дисмнезия может быть чрезвычайно разнообразной в своих проявлениях. Например, у некоторых больных страдает память больше на текущее, а у других на прошлое. Так при церебральном артериосклерозе наиболее рано страдает воспроизведение последовательности событий прошлого: например, при изложении анамнеза больные совершают ошибки, путая последовательность событий. События, которые на самом деле были раньше, оказываются позже. Последовательность событий во времени нарушается. Речь идет о проявлении эволюционного закона: наиболее отвлеченный материал памяти (а он наиболее совершенный, ибо абстракция, отвлечение — это наиболее совершенное свойство психической деятельности) страдает в первую очередь. Поэтому больные испытывают затруднения чаще при определении понятий, названий, отвлеченных положений и последовательности событий во времени.

Амнезии не одинаковы по своей структуре: выделяют фиксационную или амнезию на текущие события, амнезию на прошлое и среди них выделяется прогрессирующая амнезия, ретроградная амнезия; некоторые авторы выделяют также антероградную амнезию.

Из амнезий наиболее часто мы встречаемся с прогрессирующей амнезией. Это расстройство вызывает и теоретический интерес. При прогрессирующей амнезии мы встречаемся с определенным механизмом, с патологическими закономерностями, может быть имеющими более широкое, значение и не ограничивающимися пределами расстройств памяти. При прогрессирующей амнезии расстройство памяти происходит по закономерностям, которые психиатры прошлого века связывала с эволюционной теорией

Дарвина. При прогрессирующей амнезии распад памяти происходит в обратном порядке ее развития: в первую очередь при ней страдает память на события последнего времени. Если речь идет о прогрессирующей амнезии, развивающейся при старческом слабоумии, то у больных выпадают из памяти прежде всего события последних дней, последних месяцев, последних лет жизни, память же на годы среднего возраста, молодые годы сохраняется. При прогрессировании болезни из памяти выпадают в последнюю очередь материалы памяти, относящиеся к молодому и детскому возрасту. Это общая закономерность. В первую очередь при прогрессирующей амнезии гибнет наиболее поздно приобретенное, наиболее зрелое и совершенное, но этот наиболее поздно приобретенный материал памяти является вместе с тем и наименее организованным, наименее автоматизированным. То, что приобретено в юности, в зрелые годы в течение дальнейшей жизни повторялось многократно и вследствие этого многократного воспроизведения стало наиболее организованным, наиболее автоматизированным. Оно наиболее стойко в отношении распада. При чем спаде памяти отмечаются еще некоторые особенности? эмоциональная память и моторная память сохраняются дольше.

В истории болезни больной, страдающей старческим слабоумием можно обнаружить запись, что больная держится правильно, садится только после приглашения, благодарит за каждую услугу, оказанную ей, что ее манеры, мимика сохранены. А вместе с тем обнаруживается, что эта же старушка из всей своей жизни почти ничего не помнит, не знает ни своего возраста, ни своей девичьей фамилии, ни имени отца и матери — ничего, она с трудом называет даже свое имя. Вместе с тем сохранены все ее манеры, движения, же «ста, все то, что воспитывалось в ней в течение жизни. Память действий или двигательная память (называя условно) является наиболее автоматизированной и наиболее стойкой в отношении действия разрушающего процесса.

Если попробовать больную с далеко зашедшим старческим слабоумием, почти ничего не могущую вспомнить, обвинить в пустяковом аморальном поступке: например, спросить почему Вы взяли чужую грелку у лежащей рядом с Вами женщины? — то у нее сейчас же возникает бурная реакция протеста, оскорбления, хотя эта старушка совершенно дезориентирована, не знает, где находится, кто ее окружает, как она оказалась здесь. Она с трудом понимает Ваши вопросы, но тем не менее на упомянутое обвинение у нее сейчас же возникает бурная аффективная реакция. Последнее подтверждает общую закономерность, что наиболее автоматизированные реакции, наиболее автоматизированные способы поведения, наиболее автоматизированные связи сохраняются наиболее стойко. И

далее Вы больного со старческим слабоумием, как бы оно далеко ни зашло, не сможете убедить, что, например, снег черного цвета. Эта ассоциация также прочна. А паралитика можно в этом убедить.

Таким образом, при прогрессирующей амнезии дело идет о распаде, развивающемся в направлении обратном развитию: от наиболее поздно приобретенных временных связей (употребляя физиологическое понятие,) к наиболее рано приобретенному, от наименее автоматизированных временных связей к наиболее автоматизированным связям. Этот тип распада памяти описал французский психолог Рибо (закон Рибо), который в своих исследованиях опирался на эволюционное учение Дарвина. С этими закономерностями мы встречаемся не только при расстройствах памяти, но, например, и при кататонии. При кататонии торможение развивается по тому же направлению — от высших уровней» к низшим уровням.

Кроме прогрессирующей амнезии выделяется амнезия фиксационная — главный симптом синдрома С.С. Корсакова. Больной утрачивает способность запоминания, утрачивает память на настоящее. Поэтому у таких больных возникает дезориентировка во времени и месте, в лицах. Они, встречая лечащего врача несколько раз в день, каждый раз встречают его как незнакомого человека. Они не помнят, что делали утром, что делали днем, что делали только что. Все, что они делают, все, что они видят, вся ситуация, в которой они находятся, сейчас же забывается, не удерживаясь в памяти. Память же на прошлое при корсаковском синдроме сохраняется — до момента начала заболевания. С момента же начала заболевания наступает провал и все события исчезают не задерживаясь, V поэтому, как говорит Бюргер-Принц, существование больных, их жизнь при корсаковском синдроме становится одномоментной они существуют только в данное мгновение, все же связи с предыдущими событиями у них отсутствуют, последовательности развития событий у них нет. Поэтому и наступает у этого рода больных грубая амнестическая дезориентировка.

От амнестических явлений нужно отличать другие расстройства, которые не имеют, по сути дела, отношения к патологии памяти. Больные, находящиеся в состоянии помрачения сознания, в состоянии апатического ступора, также как бы не запоминают окружающее, но здесь дезориентировка происходит не вследствие первичного расстройства памяти, а вследствие вторичных изменений, вследствие того, что не происходит отражения окружающего в результате помрачения сознания или глубочайшей аспонтанности, как это бывает при апатическом ступоре» Иногда ошибочно констатируют расстройства памяти в конечном состоянии шизофрении. Но там речь идет не о

расстройстве памяти, а об эмоциональной тупости, об аспонтанности, отрешенности от окружающего. Больные, говоря обыденным языком, просто не интересуются окружающим. Окружающее из привлекает их внимания, поэтому оно и не фиксируется в памяти.

При ретроградной амнезии отмечается выпадение событий, происходивших на протяжении минут, часов, дней, а иногда и недель, тех событий, которые происходили с больными в период, непосредственно предшествовавший острому развитию заболевания: отравлению, само повешению, травме. У больных, перенесших травму или отравившихся угарным газом, события, которые непосредственно предшествовали этому несчастному случаю или острому заболеванию — хотя они были в полном сознании, — выпадают из памяти, они их не помнят, возникает "белое пятно" в воспоминаниях. Протяженность этого выпадения этого "белого пятна" различна в разных случаях и колеблется от нескольких минут, часов, редко до недель.

Некоторые авторы описывают также антероградную амнезию т.е. выпадению из памяти событий, которые больной воспринимал и запоминал после минования острого заболевания, бессознательного состояния в результате травмы или интоксикаций. Больной, после перенесенной травмы взрывной волной, пришел в себя, давал о себе последовательные, связные сведения на полковом медицинском пункте, в медсанбате, вел себя совершенно правильно, все о себерассказывал, играл в домино, и т.д. Но прошло несколько дней и при его исследовании оказывается, что он ничего не помнит; не помнит, с кем разговаривал в первые дни после травмы, кого он видел, в каких учреждениях был — в полковом пункте, в медсанбате, в каком госпитале — все это выпало из памяти, хотя в те дни у него даже при тщательном исследовании не выявлялся ни корсаковский синдром (иногда корсаковский синдром может просматриваться врачом), ни помрачения сознания. Тем не менее все эти события на протяжении нескольких и недель выпадает из памяти. Это пример антероградной амнезии. Некоторые авторы оспаривают ее существование и говорят, что речь идет по сути дела о корсаковском синдроме. Судя во некоторым больным, которых пришлось видеть вовремя войны, у этих больных корсаковского синдрома не было. А забвение было -настолько полным. что больные потом утверждали, что после контузии они были без сознания в течение 3-х недель, и это не умышленное преувеличение со стороны больных в ряде случаев действительно бывает так, что события определенного периода, вовремя которого больно! был ориентирован, правильно себя вел, все-таки выпадают из памяти. Это приводит к противоречиям в оценке продолжительности потери сознания в

истории болезни и в рассказах больного.

Выделяется симптом ретро-антероградной амнезии: состояния, при которых из памяти выпадают и события перед травмой и после травмы на некоторый промежуток времени: часы, дни. Следовательно, если говорить образно, имеется «белое пятно», провал в памяти и перед началом бессознательного состояния и на некоторое время после него.

Другая группа симптомов, относящихся к расстройствам памяти, носит название парамнезий, ложных воспоминаний. Надо иметь в виду, что некоторые конфабуляции возникают и без расстройства памяти, являясь в чистом виде ложным воспоминанием. Чаще же всего конфабуляции сочетаются с расстройствами памяти. В этих случаях происходит единство негативных расстройств: амнезии, с продуктивным нарушением памяти: парамнезией, конфабуляциями. Ложные воспоминания по своему содержанию, по своей форме имеют двойной характер. Конфабуляции могут быть фантастического содержания. Такое содержание конфабуляций чаще наблюдается в случаях ложных воспоминаний, не сопровождающихся резко выраженными расстройствами памяти. Известны конфабуляции при парафренических состояниях, при фантастическом бреде. В последнее время списывают конфабуляции, возникающие без расстройства памяти при экзогенных симптоматических психозах. Такое расстройство получило название конфа-булеза.

Конфабуляции могут быть обыденного содержания. Они чаще наблюдаются в сочетании с расстройствами памяти. В этих случаях речь идет о перемещении действительно бывших в прошлом событий в настоящее время. Больной с корсаковским Синдромом сообщает, он сюда, в эту гостиницу (называя так психиатрическое прикрытие в командировку с таким-то и таким-то поручением, с такими-то документами. Он так утверждает, несмотря на то, что лежит уже много дней в психиатрическом отделении. Поездка в командировку, документы, гостиница действительно были в прошлом у больного, действительно, он часто ездил в командировки по таким же поручениям, о которых рассказывает. Но это было в прошлом, а теперь перенесено в настоящее время.

Такого же типа конфабуляции с обыденным содержанием наблюдаются и при других органических заболеваниях, сопровождающихся расстройствами памяти. При некоторых органических заболеваниях содержание конфабуляции бывает стереотипно, одинаково. Последнее особенно касается случаев тяжелого травматического поражения головного мозга. Чаще же содержание конфабуляции обыденного содержания в своих

деталях постоянно меняется.

В группе конфабуляции следует отметить, в качестве особого расстройства, так называемые экмнезии — жизнь в прошлом. Такое расстройство наблюдается при старческом слабоумии, при наличии прогрессирующей амнезии. У больной, при атрофии головного мозга, выпали из памяти все события последних 10 лет. Ее круг воспоминаний, естественно, довольно бессвязных, непоследовательных, все же касается молодых лет. В соответствии с этим больная собирается замуж, рассказывает о том, как она ездила в магазин, покупала подвенечный наряд, как она встречалась с женихом, родственниками, какой у них будет свадебный ритуал, бал и т.д. Она живет в прошлом и всех окружающих воспринимает в качестве персонажей прошлого. Ее дочери воспринимаются как сестры, свою сестру она воспринимает в качестве матери и т.д. Это тоже вид конфабуляции. Они не фантастические, они из прошлого, это события прошлого, излагаемые сейчас бессвязно. Они определяют целиком все поведение больной. Подобное расстройство носит название старческой экмнезии.

Экмнезии могут возникать и при истерических психозах, когда из памяти выпадают события последних лет и все поведение больного начинает определяться прошлыми связями, прошлым стереотипом давно минувшего. Если экмнезии выражены, массивны, в них отмечается и так называемый симптом неузнавания себя в зеркало. В эти случаях больные нередко не узнают себя в зеркале и удивляются, что за старуха так внимательно на них смотрит.

Очевидно (требует своего исследования и подтверждения) такое расстройство тоже входит в синдром экмнезии.

К парамнезиям относятся еще два расстройства, которые называются присвоением и отчуждением воспоминаний. События, которые больной видел в кино, в театре, вычитал в книге, о которых услышал, воспроизводятся затем как события бывшие с ним, как события, пережитые, передуманные им. Сюда же входит и криптомнезия. когда научные идеи, высказанные другим и отвергаемые первоначально, затем в воспоминаниях кажутся своими идеями, своими открытиями.

При тяжелых интоксикациях, в некоторых случаях алкоголизма наблюдается и противоположное расстройство — отчуждение воспоминаний. Реальное событие, которое было с больным на самом деле, в воспоминаниях воспроизводится как случившееся с кем-то другим, со знакомым или как не бывшее на самом деле, а виденное во сне, вычитанное в книге. Первоначально оно было описано при алкогольных психозах, затем наблюдалось и описывалось при других расстройствах. По-видимому оно

отмечается и при шизофрении, парафренной ее форме. Иногда приходится слышать нечто подобное: больной с конфабуляторной парафренией заявляет, что событие вовсе не было с ним, а речь идет о ком-то другом, он слышал об этом событии, а с ним оно не происходило.

Деперсонализации: Расстройство самосознания, т.е. деперсонализация встречается у больных с разными формами заболеваний. Посмотрим раньше, чем приступить к описанию этих расстройств, больного с выраженными явлениями деперсонализации.

Демонстрация больного

— Каково сейчас Ваше состояние?

— Сейчас относительно ничего.

— Что больше всего Вас беспокоит?

— Что всего больше беспокоит? Все те же явления.

— Расскажите, что самое главное, самое мучительное, самое тяжелое у Вас.

— в настоящее время опять те же элементы имеются, элементы не особо нормального восприятия. Т.е. опять-таки что это значит? Например, я вижу стол, я его не совсем чувственно воспринимаю. Что это значит? т.е. он не конкретно, реально, выражается у меня. Я его ощутительно не представляю. Сам процесс ощущения сглажен, смят. Понимаете? Именно сам процесс ощущения. То же самое? Когда я смотрю на все окружающее, людей. Каждое лицо, все вокруг выступает в некотором чисто смысловом виде, а ощутительный, чувственный характер отсутствует.

— Он пропал?

— Он ушел. Этот процесс дошел до момента парадоксального чувства, парадоксального состояния.

— Опишите его врачам, они не знают.

— Они знают только в теории, а наступает момент внутреннего противоречия! с одной стороны ты понимаешь, что это делать либо не надо, либо не так, но Вы это делаете. Когда это очень тяжелый больной, это делается совсем рефлексивно, а когда больной находится еще в относительно сознательном состоянии, он может критически это улавливать, если он развит в этой области, знаком с этими вещами, наблюдал систематически, он

может отмечать эти явления. Поэтому вопрос, собственно говоря, здесь дошел до того, что у меня появилось чувство внутреннего взрыва.

Потом я начал заниматься зарядкой, именно из парадоксального чувства взрыва. День занимаюсь -мысли о смерти, о самоубийстве, об уходе сразу сорвались этой физкультурой. Еще два раза. Не получился момент взрыва. Потом я перехожу в другое отделение дело дошло до сильного эмоционально-волевого сдвига. И перед тем как начать принимать ипразид, я специально написал, что сейчас волевой сдвиг эмоциональный, я уже начинал двигаться, хотя в моменты чисто психического явления, момент дереализации чувственного восприятия, объемного восприятия, плоского восприятия совершенно не менялся, то же самое воздух абсолютно не прозрачный.

— И сейчас воздух абсолютно не прозрачный?

— Сейчас тоже не прозрачный. Я не могу смотреть в точку;

— Почему?

— Потому, что у меня глаза бегают, я не могу вглядываться, поэтому разрыв зрительного восприятия, т.е. каждое лицо воспринимается не целостно.

— А как?

— Я не ощущаю колебания, но оно воспринимается не целым, передается не целым. Вот в чем вся соль.

— Отдельными частями?

— Отдельными частями, но границ частей нет, они не могут быть. но сам процесс передачи дается моментами.

— Но вместе, а отдельно глаза, лоб, последовательно?

— Нет не последовательно. Я гляжу на женщину, я вижу пол-лба, часть глаза, т.е. деления нет, разумеется.

— А потом остальные части воспринимаются?

— Не йотом, вообще нет деления на части. Воспринимается то, что ближе, или то, что я схватил. Дифференцировки абсолютно нет.

— А пространство?

— Пространства нет.

— Как нет?

— Я не ощущаю пространства. Как фотография. Я смотрю и ощущаю все плоское, нет объема. Если сравнить картину с фотографией, : я вижу как на фотографий, я не вижу объема. Такую аналогию можно применить.

— А цвета?

— Они тоже не чувственного восприятия., выпадают из осязательного характера, они тоже идут в том асе плане. Тут собственно частица вопроса. Раз я не воспринимаю деревяшку, я не воспринимаю и цвета.

— А ощущаете се?

— Нет, такой же момент, ощущение потеряно, это элемент того же чувственного восприятия.

— Время? Как оно идет, время?

— Время? Оно не идет, его нет, я его не ощущаю. Я нахожусь вне времени, вне пространства, вне объема, вне чувственного восприятия.

— Связь с людьми есть?

— Связь с людьми формально логическая, течет в чисто мировоззренческом плане, а чисто чувственного характера чувства у меня разрушены, я не имею настоящих переживаний, я делаю эрзац -заменитель. Родители ко мне приходят. Они уходят, у меня остается впечатление, что их не было. Но это меня волнует, травмирует довольно-таки сильно, потому что их нет, я не ощущал. У меня зрительно даже появляется, ничему я их не видел.

— Действительность вы чувствуете или нет, все это действительно то, что вы видите?

— Я знаю, что это действительно, сознаю, знаю, что у меня изменено ощущение, а не изменена действительность. Я не идеалист субъективного толка.

— Вы что же один существуете, раз потеряна связь с людьми, с вещами, с ощущениями?

— Водите ли в чем дело. То, что я говорю, нельзя абсолютно принимать. Я ведь вам отвечаю, вижу, смеюсь, улыбаюсь, я не

понимаю этого вопроса. Как это л один существую? Вы хотите выделить момент именно отхода от мира? Знаете...да, это, конечно, есть, безусловно есть...

— В какой мере?

— Чтобы меру, определить, надо...

— В каком виде?

— Понятно. Ото опять-таки идет в двух планах: в плане разрыва общего осязательного и в плаке чисто интеллектуального. Снижен интеллект, потеряны уже чисто человеческие радости, интересы. Хотя я опять говорю, что это для меня не абсолютно: для меня это правильно, действительна конечные, но не уходящие в бесконечность.

— Такое странное состояние во внутреннем своем "я" сознаете? Как вы его переживаете.

— Здесь, собственно говоря, такое явление... Это настолько абстрактная вещь, чисто философского содержания, они (слушатели) не могут это понять. Например, конкретный пример. Почему не могут понять? Говорят: любит ребенок или не любит, он. Выражают свои собственные чувства ласками и пр., но чувство как таковое не довершено, остается какой-то крест, который всегда продолжает существовать и который для нас пока остается иррациональным. То же самое у художника: он выразил в картине чувство, но не все выразил. Все-таки тот художник, который восхищаемся своей собственной кар ной, просто ограничен в своих чувствах, в этом плане я вам хочу сказать, что они не могут ощущать это иррациональное. Это не в таком плане. Вначале просто наблюдался момент такой — ...или явление, как-будто, когда человек находится в очень большой аудитории, появилось небольшое ощущение затерянности, имени затерянности. Демонстрация, человек затерян в толпе, он теряет ощущение своей индивидуальности, личности, индивидуальность стала немножко другая.

— Своего «я»?

— Они теряют ощущение личности, как-то на них это давит, сама массовость придавливает и даже нормального, здорового человека, Мне кажется по-моему я правильное сравнение привел, теряется ощущение своего. Потом это явление усиливается Здесь идет линия так: автоматизм в действиях, т.е. идет у человека» он действует, он полу сознает свое существование, но он сознает его, но он действует уже несколько полу драматическим путем и само «я» у него уже иссякает, т.е. сама личность как бы начинает растекаться в том,

чем он занят в мире, потому что он отсутствует, его раздражающий фактор, и эта ослабленность психическая она дает такой момент, что он начинает уходить во внешнее| а самый стержень "я" начинает опускаться. Причем ощущение усиливается, когда человек находится один, он как бы забывает самого себя. Это я особенно подчеркиваю, потому что на этом можно действительно проверить больного в этом вопросе, потому что это правильный момент для проверки, не забывает ли он самого себя в отдельной комнате. Если у него есть такое ощущение, оно развито, тогда это уже есть момент именно этого ослабления ощущения «я». Вот я работал на заводе технологом. Как-то меня оставили дежурным по цеху, я сидел один в технологическом бюро, мне было нечего делать, я смотрел на чертежи, английским занимался. И эта пустота как-то начала давить, я думаю: что же так, почему такое неприятное чувство? Это еще перед самым попаданием в больницу. Думаю: неужели все такое испытывают? такое неприятное чувство, попадая в одиночество? Потом я жил дома и именно наступил какой-то момент, это усилилось и закрепились даже это ощущение, немножко поколебалось, но снизилось и закрепились. Но "я" еще немножко существовало, но в жиденьком виде... Тут трудно определить строго, это не строгая вещь... и выражение всех этих признаков строго почти невозможно определить, математически психический график невозможно построить.

— А сейчас свое "я" как ощущаете?

— Сейчас пока тоже не ощущаю.

— Как не ощущаете? Где же оно?

— Нет. Опять тот же момент. Растворяюсь.

— Вы голос свой слышите, или он тоже чужой?

— чужой он, голос чужой» еда не имеет вкуса, тело не ощущаю. Смысловое содержание отсутствует, я его не ощущал. Причем еще такой момент выступает. Когда мне говорят что-то, я воспринимаю это, а потом уже через очень длительный промежуток времени критически это понимаю. Такая временная задержка смыслового содержания, которое идет через мысли, слова, те реальные поступки и действия, которые я наблюдаю.

— Свои чувства есть у Вас?

— Мы по-моему касались этого вопроса.

— Не в смысле ощущений.

— Абсолютная потеря чувств. Мать, отец приходят — это эрзац,

нет чувства. Это в плане восприятия, а смыслом они не закрепились и в смысле чувственном. Бели бы было чувственное к ним отношение, оно бы закрепилось. Это невозможно,,

— Переживание утраты «я», печаль по поводу утраты «я» отчаяние — есть?

— Видите ли какое дело. Слишком аморфное состояние у меня все идет опять просто логически.

— Вам лучше становится или нет? Как Ваше состояние теперь? Что помогает вам?

— А насчет мышления мы с вами не будем касаться?

— Скажите, пожалуйста.

— Видите ли, в мышлении наблюдается, во-первых, вещь такая. Это опять-таки в единстве всех процессов, они разорваны. то есть, например, особенно у меня выражен процесс философской интоксикации, т.е. у меня очень сильно развита абстрактная мысль, причем абстрактно она идет очень далеко в обход, через очень далекие точки, но в конце концов приходит к абсолютно правильным выводам, т.е. я могу идти до элементарной вещи целый день, но я к ней обязательно приду, т.е. фактически общее содержание мышления не нарушено.

— Что же нарушено?

— Нарушен сам процесс рационального познания.

— А именно?

— именно то, что человек, когда он познает, то он моментально берет, то, что надо, именно конкретные и нужные факты и оперирует с ними. У меня этого нет. я могу логически производить более сложные операции, а вот произвести их с конкретными вещами я не могу. Получился отрыв от конкретного.

— Алгебраическое мышление?

— Чисто алгебраическое. Алгебра это конкретная абстракция, а тут общая абстракция. У меня обобщенная абстракция идет.

— Справиться с этим не можете?

— Конечно, могу, но мне это трудно дается. Я могу заставить себя, но это очень сложно, настолько сложно, что приходится буквально стиснуть зубы, чтобы заставить себя конкретно

подойти. И каждый момент объективное изменение, которое имеется в голове, мне приходится выправлять. Я сделал штрих правильно, отошел, сделал штрих правильно, отошел. А если просто свободно мыслю,..., причем такая особенность. Когда я философствую на какую-нибудь философскую тему, вопрос, например, по диамату, мышление идет строго, т.е. оно не ветвится, не блуждает, не очень кривым путем идет? Оно идет несколько широко, разбросано, но оно идет прямым путем. Когда дело касается конкретной вещи, оно идет очень изгибным путем. Это очень большая особенность и очень характерная вообще по-моему для всех больных. То-есть по философии у меня мышление идет очень легко, направлено, целенаправленно и обобщенно, здесь мне совершенно все легко, я читаю любую философскую книгу совершенно свободно, мне все эти понятия абсолютно ясны, я их знаю, я изучаю вопросы теории отражения, вопросы дологического мышления, вопросы теории познания, вопросы формальной логики, мне это все дается. Но дайте мне чертеж изаставьте меня сделать то, что делал на работе — разбить, дифференцировать операции « и элементарную вещь я не сделаю. Или дайте сосчитать что-нибудь, я не смогу. Я играю в домино и я не могу считать.

— Почему?

— Это у меня нарушено, абсолютно нарушено.

— Теперь скажите, что помогло вам. Ипразид дал какой-нибудь эффект?

— Ну конечно, еще бы.

— В чем он проявился?

— Во-первых, стал появляться сон, вернее даже одновременно сон и спокойствие, уравновешенность. У меня была страшная аффективность, как только кто начинает говорить, сразу резкая реакция. И сразу наступил момент успокоения, засыпаю сразу, глубоко, но сплю недолго, промежутки сна увеличились, увеличилось спокойствие, появился некоторый более интеллектуальный уровень? т.е. способность анализировать, сознать, читать? т.е. стал повышаться интеллектуальный уровень.

— А основное: "я" и мир?

— Сейчас доведу до этого. Здесь тоже протекали эти явления. Я стал как бы изнутри приближаться к миру, причем по всем линиям которые мы уже разбирали, по всем направлениям, — я ощущаю равномерно и знаю, как идет, (видите, новая идеальность,), а именно равномерно идет внутреннее

приближение уже к действительности. Потом в связи с этой психической травмой меня переводят в другое отделение, совершенно спокойное, наступает такой момент еще лучшего выхода, успокоение, успокоение, успокоение — именно процесс, и я становлюсь все спокойнее, разговариваю уже совершенно спокойно. я начинаю спать при таких снотворных, которые раньше не помогали, я начал по 7 часов спать глубоким сном. Встаю - ощущение реальности увеличивается, Когда сплю мало, ощущение реальности уменьшается, как сегодня, я сегодня спал 4 часа. И этот процесс шел, шел. Потом был один срыв. Я проиграл в шахматы очень много, сорвался, опять заколебалось все. Потом опять процесс пошел и сейчас он, приблизительно, на этой дозе ипразида, стабилизируется.

(Больной уходит)

Как видите, у больного наряду с деперсонализацией и дереализацией, обнаруживаются и другие существенные изменения. Большой представляет очень большой интерес. Именно таких больных представители экзистенциального направления описывают в своих психопатологических исследованиях. Вы слышали, как хорошо сольным излагал изменение своей личности, изменение самосознания, носящее название деперсонализации. Правда понятие деперсонализации различные психиатры употребляют этот термин в разном смысле. Некоторые, например Ясперс и другие немецкие авторы, под деперсонализацией понимают только узкое расстройство, одно из проявлений расстройства сознания «я», его отчуждение. Иными словами, в тех случаях, когда у больного появляется отчуждение всех своих чувств, действий, поступков, мыслей, тогда говорят о деперсонализации. Другие авторы понимают деперсонализацию более широко, как нарушение охватывающее все проявления расстройств самосознания.

Расстройство самосознания, т.е. деперсонализация (будем употреблять это понятие в более широком смысле) встречается у больных в разных формах.

Прежде всего выделяется наиболее легкая степень изменения сознания «я» мои мысли, чувства, идеи, как будто изменились, стали не похожими на прежние, я сам изменился, внутренне изменился, сделался другим человеком. Это один вид деперсонализационных расстройств, расстройств самосознания.

Другой вид: мои чувства утрачены, я больше не чувствую ни радости, ни горя, ни боли, у меня нет аппетита, нет чувства сна, то что входит в понятие «анестезия психика долороза».

То, что наблюдалось у нашего больного, соответствует более выраженной степени деперсонализационных расстройств «я»

мое "я" исчезло, растворилось, его нет, т.е. обнаруживается чувство утраты сознания своего "я".

Далее следуют явления отчуждения: мои мысли, мои чувства стали чужими, не моими. Возникает отчуждение переживаний, отчуждение самосознания.

Наконец, следует расщепление "я", мое "я" стало двойным одно думает, действует, воспринимает так, а другое — но иному, что выражает уже расщепление сознания "я".

И, наконец, у больного обнаруживаются выраженные явления дереализации: все окружающее потеряло смысл действительности: столы, стулья, люди — все не действительное. Возникает именно утрата сознания действительности окружающего мира, что часто сопровождается утратой действительности своего самосознания.

Как известно, самосознание, сознание "я" окончательно формируется, достигая своего полного развития в пубертатном возрасте. Самосознание возникает в результате все более глубокого понимания окружающего мира, сознания действительности. К. Маркс говорил, что Иван познает себя через Петра, путем противопоставления, вычленения себя из действительного мира. С этим положением мы постоянно встречаемся и в патологии самосознания, изменение самосознания возникает одновременно с изменением отражения реального мира, с дереализацией. деперсонализация и дереализация обычно возникают вместе, так, как это отмечалось у больного. У больных дереализация наблюдается в виде различных степеней и форм, но они еще недостаточно исследованы, в наиболее классическом типичном простом описании дереализация характеризуется следующим: весь мир выглядит неотчетливо, неясно, призрачно, как-будто через вуаль, как-будто он погрузился в туман. Звуки доносятся глуше, краски стали блеклыми, светотень нерезкой, все стало, как декорация, как будто нарисованное, утратило свою реальность. Это общее описание дереализации, которая особенно отчетливо, ярко выступает в наличии деперсонализации, в сочетании с последней. Однако, как по нашим наблюдениям, так и по литературным данным последних лет, возможно выделить ряд новых форм, входящих в круг дереализации и деперсонализации. У представленного больного имеется своеобразный характер этих расстройств. Он считает мир действительным и реальным, но вместе с тем говорит, что он утратил восприятие вещей, исчезла чувственность каждой вещи, даже родителей он не воспринимает чувственно. У него происходит двойное расщепление восприятия. Помните, как он рассказывал о том, как он воспринимает лица: не вместе, не целостным образом, а по частям. Он утратил восприятие перспективы, пространства,

все стало плоским, как на фотографии. Все чувственные компоненты утратились. Произошло расщепление отражения. Чувственный компонент, чувственное познание у него утрачено. Он все время говорит, что логически воспринимает, а чувствовать не может. Нарушено также восприятие времени и пространства, утрачено восприятие чувственного компонента действительности, а "логическое восприятие" остается. Здесь симптом дереализации выступает в той форме, чем обычно наблюдается при анестезии психики долороза, при депрессии. Вместе с тем у него утрачено самосознание. Он хорошо рассказывает, как оно исчезло: у него нет теперь сознания "я", так же как утрачено и чувственное, конкретное восприятие реального мира. Такой вид деперсонализации несколько схож с анестезией психики долороза, но вместе с тем он отличается хотя бы уже тем, что больной не страдает от этого расстройства, у него нет депрессии, боли. Он говорит о своей болезни с удивительной "протокольной" с удивительной безучастностью к этому невероятно тяжелому переживанию, тяжелому состоянию, в котором он находится. Он здесь, на лекции логически рассуждает, философствует по этому поводу, немножко даже (шизофрения здесь протекает с психопатоподобными проявлениями), немножко даже рисуется своим состоянием, но отнюдь не страдает. Это иное чем депрессивная деперсонализация расстройство, хотя в нем некоторые общие компоненты: утрата чувства сна, утрата чувства близости к родным — имеются, но вместе с тем весь этот деперсонализационно-дереализационный синдром иной.

Надо сказать, что область деперсонализации и дереализации еще далеко не изучена, даже описательно. Сейчас эта область исследований, к сожалению, находится на откупе экзистенциалистов, у нас этим занимаются мало. Можно указать лишь на работу А.А. Меграбяна. интересно, что Павлов несколько раз возвращался к этому вопросу. Он говорил: какой ужас должен переживать психастеник, когда у него исчезает чувственный, первосигнальный, говоря физиологическим языком, компонент, который у этого больного как раз и утрачен. Сам больной говорит об этом. Он говорит: мир я познаю абстрактно, философски, даже алгебраически, а конкретно я думать не могу... По сути дела, не зная описаний французского психиатра Миньковского, он сказал то, что пишет Уиньковский о больных шизофренией: у них утрачивается чувство реальности, смысл реальности.

В представленной демонстрации речь идет о состоянии, складывающемся из синдрома деперсонализации, дереализации и особого расстройства познания, выступающего здесь в чистом виде — шизофренического расстройства познания. Оно проявляется в резонерстве, в мудрствовании, в схематизме, в отвлеченности, а до сути дела речь идет об утрате способности к

конкретному мышлению. Наша мысль идет от конкретного к абстрактному и потом, обогащаясь, возвращается вновь к конкретному, становится реалистической. Ау него от конкретного к абстрактному и этим исчерпывается.

Вопросы — измерение познания, изменение восприятия реального, — относящиеся не столько к клиницистам, сколько к психопатологам, далеко не исследованы. Пока этим занимаются почти исключительно философы-экзистенциалисты.

Лекция 5. Растерянность, синдромы помрачения сознания

**Лекции по общей
психопатологии**
Снежневский А.В.

Прежде чем перейти к изложению синдромов помрачения сознания, я кратко остановлюсь на состоянии растерянности, которое не успел изложить на предыдущей лекции.

Состояние растерянности возникает у больных очень часто в случаях острого развития психического расстройства. Оно выражается в аффекте недоумия. Общий вид больных беспомощный, взгляд блуждающий, больные непоследовательно отвечают на вопросы, часто, начав отвечать, внезапно замолкают; их высказывания, содержание их речи непоследовательны. Часто отмечается симптом гиперметаморфоза. Под признаком гиперметаморфоза понимают сверх-отвлекаемость внимания больных. При исследовании больного часто первым бросается в глаза то, что любое изменение позы врача, каждый новый предмет, попавший в поле зрения больного, сразу привлекает его внимание: изменилось освещение в комнате, раздался какой-либо звук, кто-то вошел в кабинет, где-то хлопнула дверь, — сейчас же внимание больного привлекается к этому, он прерывает свой рассказ и целиком поглощается новым впечатлением. Этот симптом наблюдается как при растерянности, так и при маниакальном состоянии. Он впервые был описан Вернике. Может быть, здесь речь идет о повышенном проявлении ориентировочного рефлекса, как некоторые пытаются трактовать с физиологической стороны. Но клинически на этот симптом, симптом гиперметаморфоза, необходимо обращать особое внимание. После обнаружения у больных гиперметаморфоза обнаруживается и состояние растерянности. Если состояние растерянности налицо, следовательно, общее определение статуса больного уже направляется в сторону поиска острого психического расстройства и его особенностей. Растерянность сопровождает как острый бред, так и некоторые формы помрачения сознания. И напротив, наличие растерянности сразу исключает, например, состояние отчуждения. При состоянии оглушения никогда не возникает состояние растерянности. Если у больного обнаружили растерянность, следовательно, вы уже можете сказать, что у

него нет оглушения.

Перейдем к синдромам помрачения сознания. Подробнее о синдромах, об их специфичности, об их взаимоотношениях с нозологией я буду говорить в последующей лекции. Сейчас лишь остановлюсь на общем определении синдромов.

Под синдромом понимают, как вы знаете (я повторю общеизвестное), совокупность симптомов, но совокупность симптомов, внутренне взаимосвязанную. Синдром — это выражение определенной внутренней взаимосвязанности, взаимосвязи отдельных симптомов. Синдром складывается не вообще из симптомов, а лишь из определенного круга — свойственного данному синдрому симптомов. Вместе с тем синдром — это не есть нечто статическое, это не есть какая-то обособленная реакция головного мозга на вредность. Синдром есть звено, отдельное звено цепной реакции головного мозга на действующую вредность. Каждый синдром является продуктом предшествующих расстройств, предшествующих синдромов, и каждый синдром, имеющийся в данный момент у больного, содержит в себе элементы следующего синдрома. Если перед нами, предположим, сотый фанатический бред, то он является следствием, результатом предшествующего синдрома — бреда интретеметаморфозного. Вместе с тем острый фантастический бред содержит в себе предпосылки развития в дальнейшем, в случае прогрессирования процесса, ориентированного онейроида и истинного онейроида. Следовательно, к синдрому всегда нужно относиться как к этапу процесса, как к проявлению цепной реакции, патокинеза болезни, в данном случае психической болезни.

Из синдромов психического расстройства наиболее важны, в смысле практическом, в смысле неотложной врачебной помощи, синдромы помрачения сознания, или, как принято говорить, синдромы расстроенного, нарушенного сознания. Правда, это обозначение — «синдром расстроенного сознания» — в клинической психиатрии употребляется в условном смысле. Если под названием понимать высшую форму отражения в нашей психике, в нашем мозге реального мира, то тогда мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается. Психоз и характеризуется нарушением отражения реального мира, искаженным отражением. Но в таких случаях понятие «расстроенное сознание» сливается вообще с психическим расстройством. И поэтому клинически мы пользуемся для определенного вида психических расстройств понятием «помрачение сознания», т. е. имеем в виду особую форму нарушения сознания.

Чем же характеризуется эта особая форма расстройства

сознания? Утратой способности отражения не только внутренних связей и явлений действительности, то есть не только нарушением абстрактного, рационального познания, но и чувственного познания, и, как некоторые психопатологи говорят, расстройством предметного сознания. При всех видах помрачения сознания нарушается способность к отражению не только внутренних связей, но и непосредственно находящихся перед нами предметов, явлений и внешних связей. Рассматривается не только рациональное познание, но и созерцание, чувственное познание. В этих случаях, когда расстраивается тотальный генезис, мы и говорим о состояниях помрачения сознания.

Форм состояний помрачения сознания существует несколько. Вероятно, они еще не все досконально исследованы психопатологами, не все эти формы имеют общие признаки, на основании которых мы и определяем состояние больного как помрачение сознания. Эти признаки сформулированы немецким психопатологом Ясперсом еще в 1911 г.

Первый из них: отрешенность от окружающего мира, отрешенность от действительности. Внешний мир, его события, явления, его изменения не привлекают внимания больного. Если они и воспринимаются, то воспринимаются лишь парциально, непоследовательно, фрагментарно. Синтез и анализ явлений внешнего мира резко ослабляется, а порой и полностью утрачивается.

Второй признак: в соответствии с этим больной дезориентирован в месте, времени, окружающем и лицах. У больных наступает неузнавание лиц, выраженное в той или иной мере.

Третий признак: мышление больного, его ассоциативные процессы резко расслаиваются, мышление больного становится непоследовательным, фрагментарным, в той или иной мере инкогерентным, то есть бессвязным.

Четвертый признак: при расстроенном сознании, вследствие невозможности отражения, расстраивается запоминание, фиксирование текущих событий. Поэтому по миновании состояния помрачения сознания воспоминание об этом периоде всегда бывает неполным, обрывочным, а иногда и вовсе отсутствует, например, после сумеречного помрачения сознания, или аменции.

Для того чтобы сказать, что у больного имеется состояние помрачения сознания, необходимо обнаружение всех этих четырех признаков, ибо каждый в отдельности признак может возникать и при других синдромах. Так, отрешенность от реального мира наблюдается не только при помрачении

сознания, но и в состоянии кататонического ступора, апатии, тупости, слабоумия с тупостью, аспонтанности и т.д. И больные со старческим слабоумием отрешены от окружающего, больные с болезнью Пика, шизофреники в конечных состояниях и т.д.

Следовательно, этот признак — отрешенность, взятый изолированно, еще не говорит о помрачении сознания. Далее — дезориентировка в окружающем наблюдается не только при помрачении сознания, но может наблюдаться и в случаях тяжелых апатических состояний, в случаях состояний с расстройством памяти (например, при прогрессирующей амнезии). Неузнавание лиц может быть не только при помрачении сознания. Вы помните, я говорил, что неузнавание лиц бывает при чувственном бреде, в случаях симптома Капрга; неузнавание лиц и ошибочное узнавание лиц наблюдается и описывалось, в частности Шайдом, при тяжелых астенических состояниях. Его, например, можно было видеть после тяжелых боев на фронте, когда у участников боев развивалась астения и возникало особое состояние: при виде незнакомого человека появлялась мысль, что он его где-то видел, когда-то знал. Это один из видов астенического ложного узнавания лиц. Неузнавание лиц наблюдается и при прогрессирующей амнезии. Например, симптом, описанный Корсаковым:

больные со старческим слабоумием, если видят своего родственника в привычной обстановке, где привыкли его видеть всегда, его узнают, но если они его встречают в незнакомой обстановке, — не узнают. Неузнавание лиц может быть и при расстройстве памяти в виде прогрессирующей амнезии. Изолированно взятый симптом неузнавания лиц не может служить признаком, критерием для диагностики помрачения сознания.

Расстройство ассоциативных процессов, разорванность или инкогеренция мышления наблюдаются не только при состоянии помрачения сознания, но и при многих психозах, в состоянии острого расстройства психической деятельности, в состоянии растерянности при шизофрении, при так называемой спутанной мании, при сенсорной афазии.

И, наконец, амнезия, которая сопутствует помрачению сознания, может возникать без расстройства сознания, при различных формах расстройства памяти.

Таким образом, повторяю, каждый отдельный признак расстройства сознания не может служить критерием для диагностики этого состояния. Важно установление совокупности всех перечисленных четырех признаков.

Но как только вы диагностировали состояние расстройства

сознания, это всегда, повторяю, значит, что диагностировали состояние, требующее неотложной врачебной помощи. Если вы больного с помрачением сознания из диспансерапустили домой, значит, вы совершили тяжелую врачебную ошибку.

Помрачение сознания проявляется в нескольких формах, отличных друг от друга. Выделяют просто оглушение, делириозный синдром — делириозное помрачение сознания, — аментивное помрачение сознания, онейроидное. В последнее десятилетие стало выделяться помрачение сознания, занимающее особое место (о чем я вам скажу). И, наконец, сумеречное помрачение сознания. Некоторые авторы выделяют еще ауру сознания, помрачение сознания типа ауры. Оно несколько отлично от других видов помрачения сознания.

Каждый их этих синдромов проявляется у больных по-разному: у одних в выраженном, классическом виде, у других — в виде рудиментарном. Так, оглушение может проявляться в выраженной, классической форме, и оно может выражаться в виде обнубиляций. Делирий имеет разные степени своей выраженности, степени, которые в свое время, еще свыше 100 лет назад, описал в виде стадий терапевт Либермайстер. То же самое обнаруживается и при онейроидном помрачении сознания: выделяют ориентированный онейроид и онейроид классический. Описывают ориентированное сумеречное состояние сознания и сумеречное состояние с глубоким помрачением сознания. То есть эти степени свидетельствуют о том, что помрачение сознания не развивается у человека сразу в готовом виде. Нет, оно динамично, оно вырастает, мерцает, колеблется, ослабляется в своей интенсивности. И задача врача-психиатра — не только констатировать помрачение сознания, но и определить все особенности — интенсивность выраженности. Это определение особенностей является вместе с тем и определением качества поражения, глубины поражения деятельности головного мозга, ибо каждый психопатологический синдром является информацией, говорящей на своем собственном языке о том, как расстраивается деятельность головного мозга.

Оглушение сознания. Общая его характеристика следующая:

в основе оглушения сознания лежит повышение порога для всех внешних раздражителей. Все раздражения внешней среды при оглушении сознания доходят до больного с трудом, замедленно. Внимание больного к внешним раздражителям привлекается с большим трудом и привлекается только к сильным, интенсивным раздражителям; раздражители слабые (в выраженных случаях и средние) не доходят до сознания больного, он на них не реагирует. Это обнаруживается при самом простом исследовании больного. Вы задаёте больному вопрос негромко,

тихо, и он на него не отвечает, он просто не замечает вас. Если вы обращаетесь громко, тогда это привлекает его внимание, и он отвечает на ваш вопрос. То же самое относится и ко всем внешним раздражителям. Больной с трудом понимает ваши вопросы, его осмысление, его суждения, его течение ассоциаций замедлено. Причем вопросы простого, обыденного содержания он понимает, более сложные вопросы он оставляет без ответа, вследствие того, что он их не осмысливает. Больной с трудом может воспроизвести свой прошлый опыт, то есть вспомнить что-либо. И здесь опять-таки наиболее обыденный, наиболее автоматизированный прошлый опыт, материал психической деятельности наиболее простой, наиболее автоматизированный воспроизводится больным; наиболее ценный, наиболее отвлеченный, сложный — не воспроизводится. У больного при оглушении наступает обеднение сознания, бедность ассоциаций, чрезвычайная бедность представлений: значительно страдает и воспроизведение отвлеченных связей и образных связей, чувственных связей. Больные с трудом и неполно ориентируются в окружающем. Иногда они в общем виде могут сказать, что находятся в больнице, но в какой, где, когда поступили, обычно не могут ответить. Лица близких, родных еще узнают, а тех, кого видели редко и знают недавно, они не узнают и при всем усилии сосредоточиться, связать факты воедино не могут. Бедность представлений, бедность образов, обеднение сознания сказываются и в том, что при оглушении сон протекает без сновидений. Растерянность при оглушении отсутствует. Наличие растерянности исключает состояние оглушения. А между тем часто читаешь в историях болезни записи врача (особенно при приеме больных): «Больной оглушен, растерян». Этого не бывает в действительности, это фантазия психиатра, это он примысливает больным.

Внешний вид больных при оглушении тупой, отупевший, взгляд невыразительный, мимика бледная, выражение лица больных слегка сонливое. Нередко оглушение сопровождается наличием эйфории, некоторого благодушия. Это не маниакальное состояние, а это эйфория с беспечным, сентиментальным порой удовольствием собой. Больные малоподвижны, предпочитают подолгу сидеть, не меняя позы, или, еще чаще, лежать. Усиление интенсивности оглушения приводит к сомноленции, сопору и коме (в тяжелых случаях). Следовательно, цепная реакция при оглушении идет по следующим звеньям: оглушение классическое, нарастание сомноленции, сопор, кома. Ясперс говорит, что оглушение — это нечто среднее между бодрствованием на одном полюсе и комой на другом.

Легкие степени оглушения носят название обнубиляции сознания, то есть оболочка, вуаль на сознании. Эта вуаль сказывается в том, что все реакции больных становятся более замедленными, малопродуктивными. Больной делается как бы

рассеянным, не сразу схватывает содержание, смысл вопроса, смысл явлений, он становится тугодумом, невнимательным, медлительным. Это состояние обнубиляции сравнивают с состоянием опьянения: когда человек выпьет, то становится медлительным, тугосоображающим, медленно соображающим, чрезвычайно рассеянным, совершающим ошибки, отвечающим порой невпопад. Поэтому состояние, которое бывает при оглушении, некоторые называют состоянием рауша. Это состояние мы обнаруживаем в начале прогрессивного паралича, и оно ошибочно, как показал опыт лечения паралитиков малярией, принималось за слабоумие, ибо это обнубиляция сознания, которая обнаруживается при инициальном параличе, бесследно проходит при лечении больных малярией. Состояние обнубиляции обнаруживается очень часто при опухолях головного мозга. С ним вы встречаетесь ежедневно при лечении больных инсулином.

Таким образом, развитие оглушения с легких степеней обнубиляции затем вырастает до выраженного оглушения, дальше переходит в сомноленцию, сопор и кому. Это цепная патокинетическая реакция.

Каковы закономерности расстройства высшей нервной деятельности и вообще нервной деятельности, нейрофизиологические закономерности и их клиническое выражение? Каковы они — мы не знаем. Но известно, например, что при оглушении речь идет о физиологически-наркотической фазе торможения головного мозга, при которой сначала исчезает реакция головного мозга на слабые раздражители, затем на средние раздражители, на раздражители средней интенсивности и, наконец, на раздражители сильной интенсивности. Эта наркотическая фаза была установлена еще при жизни Павлова его учениками при экспериментах на животных, психофармакологических экспериментах, например, с введением, как помните, хлоралгидрата. Резенталь, ученик Павлова, занимался этим и описал эту наркотическую фазу, где силовые соотношения изменяются в такой последовательности:

исчезает реакция на слабые раздражители, средние и сильные. Клинически мы это видим и у больных в состоянии оглушения.

Делирий — делириозное помрачение сознания. Оно резко отличается от оглушения, даже той же ориентировкой в окружающем. При оглушении ориентировка в окружающем постепенно ослабевает, она становится негативной. При делирии имеется ложная ориентировка в окружающем. Делириозное состояние, делириозное помрачение сознания продуктивно, оно характеризуется не обеднением сознания, а патологической продукцией в виде иллюзий, галлюцинаций, острого бреда. Делириозное состояние помрачения сознания —

это галлюцинаторное помрачение сознания, преимущественно зрительно-галлюцинаторное. При делирии могут быть, естественно, и слуховые галлюцинации, и бред, но господствуют зрительные обманы восприятия. Делирозные больные возбуждены, они ажитированны, имеется психомоторное возбуждение.

Делирозное помрачение сознания характеризуется обилием продуктивных расстройств: иллюзиями, галлюцинациями, порой чувственным бредом, двигательным возбуждением, изменяющимся аффектом.

Делирозное помрачение сознания развивается также не сразу, как гром среди ясного неба, оно развивается постепенно и имеет стадии развития, клинически описанные, как я уже сказал, Либермейстером — терапевтом, очень хорошим наблюдателем, наблюдения которого пережили век и остаются правильными, в них почти ничего не внесено нового.

Первая стадия делирия характеризуется повышенной говорливостью больных, усиленным наплывом ассоциаций, образных, наглядных, чувственно-конкретных. В сознании больного всплывают яркие представления, у него развивается гипермнезия — усиление воспоминаний, но эти воспоминания относятся не к абстрактному, отвлеченному материалу памяти, а к образному, у больного всплывают обильные, яркие чувственные картины прошлого, причем все воспоминания с мельчайшими подробностями, как будто он вновь все видит перед собой. Больной как будто псевдогаллюцинирует, настолько ярки образы воспоминаний, всплывающие в сознании. Воспоминания могут относиться к далекому прошлому, к ближайшему прошлому, недавно прошедшему. Воспоминания сопровождаются говорливостью больных, они без умолку рассказывают, причем их рассказы, их изложение того, что они хотели бы сообщить, уже непоследовательно. Внешнее впечатление, изменение внешней ситуации, новые лица, шум, изменение цвета — все отвлекает больного. В его речи, в его рассказах уже обнаруживаются легкие элементы бессвязности, инкогеренции. Настроение больных изменчиво. Чаще приподнятое: больные взбудоражены, но вместе с тем проявляется капризность и неустойчивость настроения, его лабильность. Порой проявляется повышенная обидчивость. И то, что внимание больных привлекает всякий раздражитель, что они становятся чрезвычайно лабильными, говорит о наличии у них гиперестезии: больные действительно становятся повышенно-чувствительными, при даже нерезком шуме, стуке они вздрагивают, жмурятся от яркого света. Становятся крайне чувствительными к запахам, к вкусу пищи. Все это усиливается к вечеру. Сон беспокойный, с яркими сновидениями. Содержание сновидений тревожное, больные часто

пробуждаются от сновидений и не сразу разрывают пелену сновидений, не сразу проводят грань между тем, что снилось, и реальностью. К утру сон становится глубже. Больные просыпаются в состоянии разбитости, резко выраженной слабости.

При дальнейшем развитии процесса (предположим, лихорадочного заболевания) наряду с ярким наплывом галлюцинаций у больных появляются зрительные иллюзии, парейдолии, что и характеризует вторую стадию развития делирия. В узорах обоев, в пятнах на стенах, в игре светотени и т.д. больные начинают видеть фантастические образы: замки, горы, необычных животных, сказочные образы, целые сцены. Содержанием таких сцен являются прошлые события, сказочные образы, иллюстрации сказок. Причем парейдолии — фантастические образы, рождающиеся под влиянием реальных представлений и поглощающие реальные представления, могут быть в одних случаях черно-белыми, как фотографии, как гравюра, а в других — цветными. Больной с любопытством рассматривает их, они рождаются помимо его воли, как и все парейдолии. Больной с любопытством их рассматривает, привлечение внимания не ослабляет и не уничтожает парейдолии, а наоборот, усиливает их интенсивность. И, наоборот, при отвлечении внимания они блекнут, покидают сознание. Больной по-прежнему говорлив, беспокоен в пределах постели, глаза блестящие. Аффект изменяющийся. Гиперестезия становится более интенсивной — он вздрагивает, резко реагирует на всякие новые внешние впечатления. Высказывания становятся все более и более непоследовательными. Больной порой отвечает на вопросы не впопад, на совершенно иную тему, однако привлечение его внимания делает ответы и понимание вопросов более последовательными, более связным, более точными. Уже во второй стадии развития отмечается то что называется мерцанием: временами у больных сознание становится более ясным, время от времени возникают люцидные окна, во время которых больной отдает себе отчет в том, что с ним что-то происходит, понимает болезненность совершающегося с ним, лучше узнает окружающих, более последовательно и связно отвечает на вопросы. Но такие окна непродолжительны и вскоре вновь усиливается наплыв парейдолии. При погружении больного в сон последний становится все более и более поверхностным, постоянно прерывается яркими и тревожными сновидениями. Больные ночью во время сна вскрикивают, говорят сами с собой. А утром погружаются в глубокий сон.

И, наконец, наступает третья стадия, третья степень тяжести делирия. Парейдолии сменяются яркими зрительными галлюцинациями, обычно сценopodobными: больной видит перед собой целые сцены, перед ним разворачиваются среди реального

пространства события, которые привлекают больного, он на них смотрит с любопытством, со страхом, с тревогой, стремится убежать от них, защищается, но реагирует на них как на реальные события, противопоставляет себя (это важно отметить) тем событиям, которые возникают, которые рождает его больной мозг. Он может напасть на свои видения, защищаться или убежать от них, с любопытством их рассматривать. Мимика его изменяется в зависимости от содержания сценподобных галлюцинаций. И параллельно содержанию его галлюцинаторных переживаний изменяется аффект: то страх, то любопытство, то восторженность проявляются на лице больного. В этот момент возникает образный чувственный бред, так же непоследовательный, как и его видения. Галлюцинаторные расстройства могут приобрести характер комплексных галлюцинаций, то есть зрительные видения могут сопровождаться вербальными галлюцинациями.

Больные в третьей стадии делирия становятся двигательно-возбужденными. Возбуждение не ограничивается пределами постели, они встают с постели, убегают, совершают ряд поступков, вплоть до того, что в тяжелом делирии могут выброситься через окно на улицу, убежать из палаты, из отделения, выбежать на улицу.

Ночью наплыв галлюцинаций усиливается. В третьей стадии делирия больные дезориентированы. Но и там иногда наступают внезапно люцидные промежутки, окна, во время которых больные вновь становятся ориентированными, узнают окружающих, говорят о тяжести своего состояния. Но ненадолго, а затем вновь сознанием больных овладевает наплыв видений. Сон наступает непродолжительный, лишь под утро. После пробуждения больные могут быть ориентированы, они разбиты, ослаблены. А к полудню их вновь охватывает галлюцинаторное расстройство.

И, наконец, четвертая стадия делирия, которая наблюдается редко, к счастью, при очень тяжелом процессе, при очень тяжелом течении инфекции, интоксикации или других соматических заболеваний, и носит название мусситирующего делирия, бормочущего делирия.

В таких случаях дезориентировка в окружающем глубокая, внешние раздражения, обращенные к больному, не вызывают никакой реакции, больные полностью отрешены от действительности, детерминация психической деятельности внешним миром полностью исключена. Ни слабые, ни средней силы раздражители, ни раздражители большой интенсивности не вызывают ответной реакции больных. Возбуждение их ограничивается пределами постели. Больные постоянно что-то бессвязно бормочут, негромко, почти шепотом. Что-то

совершенно непонятное. Это набор отдельных слов и даже не полностью произносимых. Проявляются хореофорные, атетозо-подобные гиперкинезы, обнаруживается давным давно известный народу зловещий признак «обирание»: больные начинают стягивать с себя какие-то нити, снимают с себя невидимые пушинки, натягивают и стягивают с себя простыню, вытаскивают из-под себя подушки. Подобные движения бессвязны и недостаточно координированы. Взгляд мутный, обращенный в пространство. Общий вид больных, выражение их лица сонливое. Далее судорожные движения усиливаются, в тяжелых случаях наступает спячка, кома и смерть больных. Появление мусситирующего делирия во всех случаях признак тяжелый, при нем прогноз становится сомнительным.

Особый вариант делирия — профессиональный делирий, характеризующийся более глубоким, чем при обычном делирии, помрачением сознания; внешние впечатления не доходят до сознания больных, люцидные промежутки не наступают. Галлюцинации, бредовые представления, судя по общему облику больного, не занимают доминирующего положения в сознании, а может быть, и отсутствуют. Такой делирии выражается в проявлении профессиональной занятости, профессиональных действиях. Больной беспорядочно, непоследовательно, в пределах постели, а иногда и за пределами постели, производит движения, наиболее автоматизированные у него, — а наиболее автоматизированными движениями, действиями являются действия профессиональные. В этих случаях машинистка будет производить движения печатания на машинке, счетовод — считать на счетах или вертеть ручку мнимого арифмометра, прачка производит движения, которые всегда производила при стирке, повар рубит ножом мясо. Порой такие действия сопровождаются выкриками профессионального содержания, отдельными фразами. Наблюдение за больными не обнаруживает у них явлений галлюциноза или бредовых идей. Судя по большинству авторов, профессиональный делирий наступает при тяжелом течении интоксикации или при наличии органических изменений головного мозга и является тяжелой степенью помрачения сознания.

Физиологический анализ профессионального делирия впервые в мировой литературе дал физиолог И.М.Сеченов. Исходя из положения эволюционного учения Дарвина, он говорил, что при профессиональном делирии помрачение психической деятельности глубокое, оно захватывает многие уровни, возбуждая более низкие уровни, т.е. наиболее автоматизированные. Он считал, что движения, действия человека являются наиболее автоматизированной функцией. А раз так, то она наиболее долго сопротивляется вредному воздействию, и поэтому профессиональные движения сохраняются и при наличии глубокого помрачения сознания.

Сеченов говорил, что они сохраняются вплоть до агонии. Помните замечательное описание этого в книге «Рефлексы головного мозга»? Он говорил, что у него была привычка, которая тысячи раз повторялась в его жизни: по-особому складывать руки. Он складывал руки во время беседы, тогда, когда думал или что-нибудь рассказывал, слушал что-либо. Когда он умирал, — а Сеченов присутствовал при его агонии, то последним движением в жизни было привычное сложение рук. Следовательно, при полном торможении головного мозга, интенсивном, агональном, функциональное движение, складывающееся из ряда отдельных движений, системное функционирование головного мозга исчезло последним, как наиболее прочное. При глубоком помрачении сознания могут долго сохраняться и даже усиливаться, в порядке индукционного возбуждения, автоматизированные, привычные действия. Из этого положения следует вывод, что при профессиональном делирии торможение головного мозга более глубоко, чем при обычном делирии, что клинически подтверждается. Профессиональный делирий возникает у больных органическими изменениями головного мозга, а также при тяжелом течении интоксикации или инфекции.

От делирия следует отличать онейроидное помрачение, или сновидное помрачение сознания. Оно описывалось давно под разными названиями, описывалось еще со времен Эскироля. У Эскироля можно найти описание кататоников, у которых на высоте кататонии возникло грезоподобное фантастическое изменение сознания. Другие авторы того же времени трактовали его особое бредовое помрачение сознания. У Корсакова, если откроете первый том корсаковского «Курса психиатрии», найдете прекрасное описание сновидного помрачения сознания, то есть онейроидного. Он изложение синдромов помрачения сознания начинает именно с описания сновидного помрачения сознания. Последние годы к этому синдрому, с легкой руки Майер-Гросса, возвращаются авторы почти постоянно. Медуна, как вы знаете, выделил из шизофрении особую болезнь онейрофрению. Правда, он ничего нового не сказал. Сновидное острое помешательство описывалось у нас во времена Корсакова нашим психиатром Оршанским. В дизнойе Корсакова тоже излагается онейроидное помрачение сознания. Но в практической психиатрии это довольно часто возникающее расстройство сознания нередко просматривается. Очень часто его можно установить (об этом писал Майер-Гросс) по его минованию, после наступления ремиссии, ибо в разгар онейроидного помрачения сознания, вследствие особого поведения больных, обнаружить его бывает трудно. Лишь отдельные признаки позволяют предполагать его наличие.

Онейроидное помрачение сознания характеризуется прежде

всего фантастическим содержанием переживаний, фантастическим содержанием сознания. Причем это фантастическое содержание сознания причудливо (как говорили Эй и Руар) переплетается с восприятием, с отражением отдельных кусков реального мира. Подобное фантастическое содержание сознания, как говорил Ясперс, драматично, то есть в нем отдельные события, отдельные ситуации разворачиваются последовательно, то есть в сознании больного разворачивается акт за актом целое драматическое событие, драма. Самосознание больных расстраивается глубоко. Если делириозный больной противопоставляет себя видениям, воспринимает сценopodobные галлюцинации со стороны, то при онейроидном помрачении сознания больной становится участником, действующим лицом фантастики, возникающей у него в сознании. На этом основании французские психиатры говорят: при делирии больной сидит в партере и наблюдает то, что происходит на сцене, — больные сами указывают, что все происходит как на сцене, как в кино, — при онейроиде больной не сидит в партере, он переходит на сцену и принимает действенное участие в фантастических грезopodobных событиях. Это переключивание сознания на сцену говорит о более глубоком расстройстве самосознания при онейроиде по сравнению с делирием.

Разница имеется и другая (об этом я буду дальше говорить). Каково же содержание сознания больных при онейроиде? Как правило, фантастическое. Больные совершают межпланетные путешествия, летают на космических кораблях, на ракетах, оказываются в иных мирах — на Марсе, Венере, Сириусе и т.д., там действуют, участвуют в событиях, подобных описаниям в «Аэлите», принимают участие в жизни планет — Марса, Венеры, Сириуса, пролетают мимо лунного мира, планет солнечной системы, видят их или оказываются на Луне, собирают камни необыкновенной красоты, растения. Или совершают путешествия, перелетают в Америку, там оказываются среди жителей ее городов. Или совершают путешествия в прошлое, как бы на машине времени, оказываются среди жителей античного мира — Египта, Рима, Греции, присутствуют при всемирном потопе (описание подобных расстройств имеется в учебнике Шуле), проносятся над неведомыми городами, опускаются, бродят по улицам неизвестных городов или известных — Рима, Парижа и т.д. Или принимают участие в событиях мирового значения, мировых войнах, предупреждают их, останавливают их. Во всех этих событиях они играют действенную роль, являются действующими лицами.

Содержание онейроида может быть мегаломанически экспансивным или, наоборот, депрессивным, то есть фантастика с характером громадности, с содержанием бреда Котара:

больные присутствуют при гибели города, видят, как рушатся здания, как проваливается метро, как гибнет вся страна, как раскалывается весь земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве. То есть содержание онейроида может быть не только маниакальным, но и депрессивным. Надо сказать, что оно всегда аффективно, сопровождается аффективными расстройствами. Следовательно, оно не только фантастическое, но и аффектное. Если вы видите перед собой больного с делирием, с наплывом сценических галлюцинаций, то вы видите гармонию, гармоничность поведения больного и соответствие его содержанию видений: если больной видит устрашающие галлюцинации, он спасается от них, бежит. При онейроиде обнаруживается обычно диссоциация: больной в своей фантастике, в своих грезах действует часто даже в космическом, мировом масштабе, а внешне он остается малоподвижным, иногда ступорозным, с восковой гибкостью или однообразно, нелепо, немотивированно возбужденным. Обнаруживается диссоциация. Больные могут бродить как сомнамбулы бесцельно по палате, по отделению или неподвижно сидят в постели, а в это время в их сознании происходят грандиознейшие события, причем одна ситуация непосредственно следует за другой, вытекает из другой. Такая диссоциация и является причиной того, что онейроидное помрачение сознания просматривается, ему длительно, иногда в течение недель не придается нужного значения, не придается значение их внутреннему состоянию, когда они были похожи на сомнамбул, на зачарованных, когда они ничего не замечали в окружающем, взгляд их был обращен в пространство. По мере минования этого состояния, при тщательном терпеливом расспросе больных, удастся выяснить наличие фантастики еще тогда, когда она существует, еще не закончилась, не поблекла.

Состояние онейроидного помрачение сознания ряд авторов называют грезоподобным. Действительно, больные в этом состоянии грезят, у них произвольно возникают фантастические грезы.

Тщательное исследование больных с онейроидом установило следующую особенность: больные сами говорят, что сначала возникает какое-то влечение мечтать, фантазировать, причем эти мечтания, фантазирование больной может остановить, но незаметно для него в его сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прошлый опыт, все, что он читал, слышал, видел. Все всплывает, формируется, складывается по-новому. Больные еще могут остановить наплыв образов, отвлечься при усилии, но затем фантазирование становится уже автоматическим. Не подчиняется воле больного. Причем фантазирование первично сосуществует с восприятием

реального мира.

Больная утверждает, что она Анна Каренина и вместе с тем знает, что находится в психиатрической больнице, что с ней разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. В последующем фантастика полностью заслоняет реальный мир. Заслонение происходит причудливо, сочетание кусков реального мира и фантастики:

больные отделения, врачи становятся действующими лицами фантастических событий, разыгрывающихся в сознании больного.

Онейроидное помрачение сознания раньше относили к особому виду бредового расстройства, особому виду чувственного бреда. В последующем стали говорить о сновидном помрачении сознания, о фантастических видениях, о грезо-подобном помрачении сознания. Какова природа такого помрачения сознания? Можно ли называть онейроидом помрачение сознания? При полном развитии онейроидного расстройства реальный мир в своих внутренних и внешних связях не воспринимается, не отражается. Следовательно, это помрачение сознания. На высоте развития онейроида больные дезориентированы, а по миновании его обнаруживаются фрагменты амнезии.

Несомненно, в природе такого помрачения сознания большую роль играет чувственный бред. Синдром складывается не только из фантастических грез, но и чувственного бреда. Проведенные у нас в клинике в последнее время наблюдения как будто устанавливают сосуществование закономерности развития шизофренического онейроида. Оно проходит в следующие этапы.

Первоначально расстройство начинается с бреда интерметаморфоза: все окружающее изменяется, как будто происходит киносъемка, инсценирование, возникает ложное узнавание лиц, симптом Капгра. Затем развивается фантастический бред. Далее ориентированный онейроид, сосуществование фантастического бреда и ориентировки в реальной ситуации. И, наконец, по мере дальнейшего прогрессирования — онейроид с фантастическим содержанием сознания. Такова цепная реакция онейроида.

При делирии воспоминания фрагментарны. Больные могут воспроизвести лишь некоторое содержание своих сценно-подобных галлюцинаций и отдельные куски из реальных событий. При онейроиде больные часто довольно подробно воспроизводят содержание своих грез и очень мало, а часто почти ничего не могут воспроизвести из тех событий, которые

происходили в реальном мире во время онейроидного помрачения сознания.

Таким образом, онейроидное помрачение сознания характеризуется драматически разворачивающимся грезоподобным бредовым содержанием; глубоким расстройством самосознания и внешнего поведения, амнезией, преимущественно распространяющейся на реальные события. Ясперс пишет, что делирии сценичны, а онейроид драматичен.

Аменция — аментивное помрачение сознания, аменативный синдром. Если делирии — галлюцинаторны (допуская такое выражение), а онейроид — грезоподобен, то аментивное помрачение сознания характеризуется инкогерентностью и резко выраженной растерянностью. При аменции наступает глубокое расстройство анализа и синтеза познания, что относится не только к познанию внешнего мира, но и к содержанию самосознания. Самосознание распадается, становится бессвязным, инкогерентным. Распад самосознания, утрата способности к синтетическому и аналитическому познанию не только внешнего мира, но и самого себя, распад рефлексии сопровождаются выраженной растерянностью. Аментивные больные растеряны, резко выражен эффект недоумения, аффект беспомощности. Взгляд блуждающий. Действия и поступки при возбуждении непоследовательны, также бессвязны. Речь состоит из набора бессвязных слов, не облеченных в грамматические предложения.

Больные то сентиментально восторженны, то печальны и плаксивы; диссоциация аффекта и содержания бессвязно произносимых слов отсутствует. Бессвязные слова больных соответствуют их аффекту: если больная печальна, она произносит: «болезнь, смерть, страдания, упал, разбился» и т.д., т.е. употребляемые слова также депрессивны. Помимо соответствия употребляемых слов аффекту, слова произносятся то фомко, то тихо, то шепотом, то нараспев, то поток слов сопровождается плачем. Если аффект несколько повышенный, то в бессвязном потоке слов начинают фигурировать слова более оптимистические, радостные. На эту гармонию необходимо обратить внимание, она важна для дифференциальной диагностики аменции и кататонического возбуждения, которое нередко приобретает также аменативный характер.

Судя по поведению больных, галлюцинации и бредовые идеи чрезвычайно фрагментарны. Распад способности к синтезу и анализу, распространяющийся на самосознание, не способствует возникновению связанных, последовательных галлюцинаций или бредовых идей.

Люцидных промежутков, какие наступают при делирии, при

амении нет. Но надо сказать, что двигательное возбуждение, бессвязная говорливость у аментивных больных порой затихает, и тогда в более чистом виде выступает депрессивный аффект. Обнаружение депрессивного аффекта, по мнению Странского, позволяет в ряде случаев провести дифференциальный диагноз между аменцией и тяжелой кататонией. Но и в этот момент больные остаются по-прежнему глубоко дезориентированы в окружающем, по-прежнему внешние раздражения не доходят до их сознания.

Возбуждение больных ограничивается постелью, не выходит за пределы постели, как это бывает у делириозных больных. Оно носит характер бессвязного, порой хореоформного, атетозоподобного, но чрезвычайно меняющегося. При аменции может наступить возбуждение и кататонического вида. Иногда на некоторое время больные впадают в ступорозное состояние, но этот ступор непродолжительный. Прежние авторы описывали возбуждение аментивных больных следующим образом: они необычайно разбрасываются в постели, часто принимают позу распятых на кресте, вращаются в постели, и это возбуждение на некоторое время прерывается застыванием больных.

Ночью в ряде случаев аментивное возбуждение сменяется делириозным, появляются более яркие зрительные галлюцинации, возбуждение начинает соответствовать галлюцинаторному состоянию. Это чрезвычайно важный момент, который также имеет дифференциально-диагностическое значение. У кататоников не развивается делирия по ночам, у аментивных больных делирии отмечается нередко.

Такие особенности, как инкогеренция, связь содержания бессвязной речи с аффектом, депрессивные эпизоды, ночной делирии, нестойкость кататонических расстройств и их чрезвычайная изменчивость — являются дифференциально-диагностическими критериями, признаками, позволяющими отличать аменцию от кататонического возбуждения.

Аменция продолжается значительно более длительно, чем делирии. Если делирии относятся к расстройствам, исчисляемым днями, то продолжение аменции исчисляется уже неделями. Затягивание аментивного состояния на недели не исключает еще предположения об аменции.

Окончание аменции сопровождается амнезией на весь период аментивного состояния. Раз при аменции расстраивается анализ и синтез в отношении и внешнего мира, и самосознания, то, естественно, там невозможно образование новых временных связей, невозможно образование материала памяти.

сознания (продолжение).
Галлюцинаторно-параноидные
синдромы.

психопатологии
Снежневский А.В.

Состояние сумеречного помрачения сознания до сего времени не имеет точного определения. Некоторые называют сумеречное помрачение сознания суженным, но это не отвечает содержанию и проявлениям этого типа расстройства сознания; Груле называет его альтернирующим, исходя из того, что у такого рода больных имеется как бы двойное сознание: то ясное, то периодически наступающее «иное» сознание.

Основные признаки сумеречного помрачения сознания следующие: во-первых, оно транзиторно, чаще всего быстро преходяще; правда, это относится не ко всем формам, описывают случаи сумеречного помрачения сознания, продолжающегося не часы, а дни; во-вторых, сумеречное помрачение сознания наступает критически, почти молниеносно; в-третьих, для сумеречного помрачения сознания характерно наличие напряженного аффекта, чаще всего в виде сочетающихся тоски и злобы; в-четвертых, для сумеречного помрачения сознания характерно наличие последовательных действий, часто настолько последовательных, что окружающие не догадываются, что больной находится в состоянии помраченного сознания; наконец, сумеречному помрачению сознания свойственно наличие острого чувственного бреда и ярких галлюцинаторных образов.

Но все сказанное относится к перечислению признаков, а не определению, какое дается, например, делириозному помрачению сознания, которое является прежде всего галлюцинаторным, онейроидное — грезоподобным, аментивное — инкогерентным.

Сумеречное помрачение сознания не одинаково. Выделяют несколько вариантов сумеречного помрачения сознания.

При бредовом варианте сумеречного помрачения сознания поведение больных последовательно, а вместе с тем поступки определяются чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха. Сумеречное помрачение сознания часто приводит к общественно опасным поступкам. Приведу пример из практики института им. Сербского.

Офицер корабля в день отпуска на берег ведет себя как обычно: гуляет, общается с людьми, разговаривает с ними, настроение у него ровное. Но через некоторое время окружающим бросается в глаза, что он становится более молчаливым, сосредоточенным, напряженным, взгляд отсутствующим. Тем не менее поведение его остается правильным: он приводит себя в порядок, бреется,

садится в шлюпку, приезжает на берег, но там отдаляется от товарищей, что ранее ему не было свойственно. Он отстает от товарищей и исчезает. В дальнейшем, уже по данным свидетелей, выясняется, что он бродит по городу, его видят то в одном конце, то в другом. Далее, он проникает в дом отдыха (это было в приморском городе), там прячется по закоулкам и вдруг нападает на одного из отдыхающих и убивает его. Его задерживают, доставляют в милицию. Там он очень непоследовательно сообщает о себе, называет фамилию, возраст путает, быстро погружается в глубокий сон. Проснувшись, ничего не помнит о случившемся.

Приведенное — пример параноидного сумеречного помрачения сознания. Поведение больного было последовательным, на окружающих он не производил впечатление больного, тем не менее некоторые особенности, некоторые изменения его состояния были налицо: сосредоточенность, отсутствующий взгляд, несвойственная ему молчаливость. Поведение же больного определялось острым бредом, напряженным аффектом страха, поступки больного были агрессивными. Все закончилось глубоким, наступившим по типу кризиса сном, с последующей амнезией.

Пример, еще более трагический, вы найдете у Осипова в «Курсе общего учения о душевных болезнях». Описывается больная, которая в аналогичном состоянии убила своего ребенка, разрезала живот, вытащила весь кишечник и развесила его в виде белья на веревках. Затем внезапно пришла в себя, с ужасом увидела, что ее ребенок убит и изуродован. Она ничего не помнила и не была в состоянии представить, что это могла сделать она.

Для сумеречного состояния такая особенность подчеркивается всеми исследователями: при восстановлении ясного сознания больные относятся к совершенному ими поступку как к чуждому, совершенному не ими. Связи поступка с самосознанием нет, он отделен абсолютной пропастью. Это очень важный критерий, хотя он, как говорят, и чисто субъективный. Тем не менее он выражает психопатологическую закономерность — разрыв непрерывности сознания. Самосознание прерывается, образуется как бы непроходимая пропасть между обычным сознанием, самосознанием во время сумеречного помрачения сознания и последующим самосознанием. Непрерывности нет, почему и предлагалось называть сумеречное помрачение сознания альтернирующим.

Другой вариант сумеречного помрачения сознания характеризуется неистовым возбуждением и агрессивностью, брутальностью и ярко выраженным аффектом тоски и злобы. Это неистовая злоба, неистовая тоска. Такие тяжелые случаи

сумеречного помрачения сознания нередко наблюдаются в психиатрических больницах у больных эпилепсией при эпилептических эквивалентах. В этом состоянии больные нападают на окружающих, разрушают все, что попадает под руку. Аффект необычно напряжен, злобен. В этот момент больные становятся бесчеловечными, могут убить, изувечить. Подобное состояние наступает внезапно и кончается так же внезапно.

Третий — так называемый ориентированный вариант (он, несомненно, наблюдается). В этом состоянии аффект тоже напряжен, он также злобен, но больные проявляют элементарную ориентировку, знают, что они находятся в больнице, что их окружают больные, отличают больных от персонала. Тем не менее они могут в таком состоянии внезапно проявить резкую, бессмысленную агрессию, напасть на кого-нибудь, а потом ничего об этом не помнят, хотя ориентировка на высоте помрачения сознания в общем виде и сохраняется. В этих случаях господствуют не столько бред, не столько яркие галлюцинации, какие имеют место, например, при неистовом возбуждении, сколько аффект напряженный, бессмысленный, требующий разрядки. В таких случаях порой бывает трудно отличить тяжелую эпилептическую дисфорию и ориентированное сумеречное помрачение сознания. Сомнение решается по миновании состояния: если наступает полная амнезия, тогда речь идет об ориентированном сумеречном помрачении сознания. При ориентированном сумеречном помрачении сознания иногда наблюдается так называемая ретардированная амнезия, о которой нужно всегда помнить, особенно при судебно-психиатрической экспертизе. Непосредственно по миновании сумеречного помрачения сознания в течение некоторого очень короткого времени, минут, а иногда часа-двух больные смутно вспоминают, что с ними было; вспоминают, например, так, как нормальные люди, проснувшись ото сна, в первый момент еще помнят содержание сновидения, а потом забывают. То же самое может быть и при сумеречном помрачении сознания. В первый момент по восстановлении ясного, нормального сознания больные отдельные фрагменты событий сумеречного помрачения сознания могут воспроизводить, а затем, через несколько минут или часов, наступает окончательная, полная амнезия. Такую запаздывающую амнезию называют ретардированной амнезией.

От сумеречного помрачения сознания отличают ауру сознания. Такое расстройство сознания имеет свои особенности. Они заключаются в следующем. При ауре сознания наступают яркие переживания, либо галлюцинаторные, галлюцинации при этом бывают чрезвычайно отчетливые, цветные, иногда окрашенные в красный цвет, иногда в синий. При отсутствии галлюцинаций реальные предметы воспринимаются необычайно отчетливо,

контрастно, все окружающее становится чуждым или как будто уже когда-то виденным; виденное сопровождается особым чувством, больной пытается что-то вспомнить и не может этого сделать. В других случаях аура сопровождается резко выраженными психосенсорными расстройствами, нарушением схемы тела, яркими сенестопатиями или состоянием экстаза с мистической проникновенностью в окружающее. Во всех случаях такого рода переживания чрезвычайно яркие, они доминируют в сознании, отстраняют восприятие реального мира. На них не распространяется амнезия, содержание сознания, бывшее во время ауры, полностью воспроизводится больным. Даже в тех случаях, когда за аурой следует тяжелый эпилептический припадок или даже несколько эпилептических припадков, в памяти больных остаются во всех подробностях переживания, которые были у больного во время ауры. То, что происходило в момент ауры в реальном мире, больные не помнят.

Таким образом, аура сознания характеризуется следующими особенностями: аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, вне зависимости от того, галлюцинаторные они, эмоциональные, типа дереализации или типа психосенсорных или сенестопатических расстройств, и полным сохранением во всех случаях воспоминаний. Перечисленными признаками аура отличается от других форм помрачения сознания. Аура сознания близка к онейроидной форме помрачения сознания. При онейроиде также сохраняется субъективное содержание сознания, но не воспроизводится даже в виде фрагментов то, что происходило вокруг. Не случайно помрачение сознания типа ауры некоторые из исследователей относят к сновидному помрачению сознания. По интенсивности расстройства и по полноте воспроизведения аура сознания несколько отличается от онейроидного помрачения сознания, но все же очень близка к нему.

Таковы основные формы помрачения сознания. Во всех случаях речь идет, если перейти теперь на физиологический язык, о торможении высших уровней сознания. Сфера оптимальной деятельности коры при помрачении сознания ограничивается, как во сне со сновидениями, областью первой сигнальной системы. Но в первой сигнальной системе развиваются фазовые состояния, парадоксальное нарушение силовых отношений, при которых слабые следы прошлых восприятий приобретают незаконную доминирующую силу. Физиологические отношения здесь в общем сходны со сном при наличии сновидений. Больные при помрачении сознания как бы, бодрствуя, спят; они воспринимают окружающий мир либо фрагментарно, либо вообще не воспринимают, сознание их заполнено хаотически возникающим воспроизведением прошлых впечатлений, которые приобретают незаконченную силу, господствуют в сознании,

порой даже определяют поведение больных. Правда, здесь физиологические взаимоотношения, нейро-физиологические нарушения, естественно, более сложные и более пространственные, чем во сне со сновидениями, иначе клинически не было бы столько различных форм помрачения сознания. Но все это требует тщательного исследования. Пока лишь попытки только толкования физиологического механизма.

Переходим теперь к группе синдромов, которые носят название галлюцинаторно-параноидных. Они не одинаковы, сюда включают разные синдромы, но объединение их в одну группу не случайно, оно определяется тем, что они в течении болезни переходят один в другой, являются отдельными звеньями цепной реакции.

В этой группе выделяются прежде всего паранойяльный синдром. Он беден симптомами, но эти симптомы отличаются чрезвычайной инертностью. Под паранойяльным синдромом, паранойяльным состоянием понимают наличие у больного систематизированного бреда толкования, возникающего без галлюцинаций, без явлений психического автоматизма, сопровождающегося расстройствами мышления в виде обстоятельности и фоном общих изменений личности.

Таковыми же бедными симптомами синдромом является и вербальный галлюциноз. Клиническая картина его исчерпывается словесными истинными галлюцинациями. В одних случаях галлюцинации могут протекать в виде монолога, обращенного непосредственно к больному, в других случаях вербальные галлюцинации носят сценообразный характер:

больной слышит диалог, разговор двух или нескольких людей между собой, не обращенный к больному. В таких случаях больной занимает положение подслушивающего, положение свидетеля ведущегося разговора. Мнимый диалог, который слышит больной, очень часто бывает контрастным по содержанию: один из беседующих бранит больного, порицает, другой защищает его. При развитии психоза иногда наблюдается переход: первоначально возникает галлюциноз в виде диалога, затем он все более и более становится монологом, обращенным непосредственно к больному. Сначала имеется как бы отчуждение — больной слышит разговор двоих, не обращенный к нему, а о нем, о больном — он лишь свидетель. При углублении заболевания наступает то, что французы называют «элемент присваивания» — вербальные галлюцинации обращаются к самому больному. Но является ли это соотношение постоянным или только случайным, время от времени наблюдающимся в динамике, — это еще недостаточно ясно и требует тщательного исследования динамики развития симптомов. При вербальном галлюцинозе аффект необычайно

напряжен, особенно вначале, вначале же отмечаются явления растерянности, отдельные бредовые представления, бессвязные, несистематизированные. Сознание не помрачено, — и поэтому при современной классификации симптоматических психозов, явления галлюциноза выносят за рамки острых экзогенных реакций, протекающих с помрачением сознания, и переносят в группу так называемых промежуточных форм симптоматических психозов.

Следующий синдром этой группы, — галлюцинаторно-параноидный, или иначе — синдром Кандинского—Клерамбо. При галлюцинаторно-параноидном синдроме обнаруживаются уже не истинные галлюцинации, а псевдогаллюцинации. Галлюцинаторно-параноидный синдром относится к синдромам сложным. Он складывается из явлений психического автоматизма и систематизированного бреда преследования и бреда физического воздействия. Явления психического автоматизма здесь также чрезвычайно разнообразны, часто очень полиморфны. Французские психиатры сделали успешную попытку их систематизации. Они выделяют три вида явлений психического автоматизма. Во-первых, идеаторный, или ассоциативный, во-вторых, чувственный или сенестопатический автоматизм, и, наконец, двигательный, или кинестетический психический автоматизм. Французскую классификацию явлений психического автоматизма собрал, обобщил и опубликовал в нашей литературе АА.Перельман.

Идеаторный психический автоматизм проявляется в следующих симптомах. Наиболее ранний синдром — ментизм — непроизвольное, с характером насильственное™: у больного возникает чувство, что все его мысли становятся известными окружающим. Симптом открытости проявляется довольно рано, очень часто как первый симптом психического автоматизма. Первый признак галлюцинаторно-параноидного состояния. Далее, к идеальному автоматизму относится звучание мыслей: больной думает, и мысли его звучат, он начинает думать звучащими мыслями, думать вслух. Возникающие в голове мысли громко повторяются, мысли становятся громкими. Далее, к идеаторному автоматизму относится симптом отнятия мыслей: у больного отнимают его мысли, не успеет мысль возникнуть, как она под влиянием воздействия исчезает из головы больного. Сюда же относится и симптом сделанных мыслей: у больного нет своих мыслей, ему делают мысли. Больной теперь не думает своими мыслями, все его мысли чужие, сделанные. Больной теперь не вспоминает, все его воспоминания ему делают и делают так, как это желают воздействующие на него. Больной больше не видит снов, ему делают сновидения. Симптом сделанных воспоминаний иногда называли симптомом «разматывания» воспоминаний — не только делают воспоминания, но и делают с характером насильственного

«разматывания». Больному делают видения, показывают картины (зрительные псевдогаллюцинации), показывают зрительно события. В таких случаях сделанные мысли носят характер выкладывания мыслей. К идеаторному — ассоциативному — автоматизму относится и сделанное настроение. У больного нет больше настроения своего собственного, ему делают чувства, делают настроение, вызывают, когда захотят, печаль, радость, горе, безразличие. Наконец, к идеаторному автоматизму относятся слуховые псевдогаллюцинации.

К сенсорному, сенестопатическому автоматизму относятся сделанные ощущения: вызывают жар, холод, боль, неприятные ощущения во внутренних органах типа «скручивания» внутренностей, сжимания внутренностей; вызывают аппетит, лишают аппетита, вызывают жажду, лишают жажды; вызывают запахи, изменяют вкус (псевдогаллюцинации обоняния, вкуса); вызывают позывы на мочеиспускание, дефекацию, половое возбуждение.

И, наконец, моторный, кинестетический автоматизм: вызывают движения. Одна больная говорила, что не она пыталась выброситься из окна, а ее движения пытались выбросить ее из окна. Это не императивные галлюцинации, это ощущение: двигали ее ногами, открывали окно ее руками и действиями хотели ее выбросить. Таков кинестетический автоматизм. Некоторые больные утверждают, что преследователи говорят их языком: говорят не сами больные. А их язык движется помимо их воли, и произносят они слова чужие, не принадлежащие им, что носит название — речедвигательных галлюцинаций, которые связываются с именем французского психиатра Сегла, или Сегласа, как некоторые его называют. Правда, они описывались и до него, в частности Кандинским. В монографии Кандинского приводятся описания речедвигательных псевдогаллюцинаций.

Явления психического автоматизма обычно сопровождаются бредом: больной больше не принадлежит себе, он марионетка, кукла, заводной механизм в руках воздействующих на него; они действуют лучами, гипнозом, аппаратами и т.д. На больного влияют денно и нощно, и он живет, двигается, чувствует под влиянием воздействия. В некоторых случаях больные утверждают (есть и такая особенность), что их постоянно видят воздействующие. Куда бы они ни пошли, какие бы они даже самые интимные действия ни производили, их видят, они постоянно находятся под непрерывным наблюдением. Не только знают их мысли, но и видят их, видят постоянно. У некоторых больных этот психический автоматизм сопровождается еще одним явлением: они уверены, что воздействуют не только на них, но и на их родных, и на всех людей, все находится под

воздействием.

Галлюцинаторно-параноидный синдром не исчерпывается сказанным. Наряду с бредом воздействия существует и бред преследования. Очень часто бред преследования продолжается со времени паранойяльного состояния. Если у больных происходит переход паранойяльного состояния и галлюцинаторно-параноидного, то тот бред преследования, ревности или бред другого содержания, который имел место при паранойяльном состоянии, продолжает существовать, обрастая теперь новыми расстройствами — явлениями психического автоматизма и бредом физического воздействия.

Надо сказать, что у разных больных псевдогаллюцинаторный и бредовый компонент в клинической картине выражены по-разному. Об этом писали В.А. Гиляровский и французские психиатры. В тех случаях, когда явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации выражены интенсивно, богато, разнообразно, там бред физического воздействия и прежний бред преследования занимают как бы подчиненное место — галлюцинаторный вариант галлюцинаторно параноидного синдрома. В других случаях в клинической картине состояния больше выражен бредовый компонент: бред преследования, бред физического воздействия, — больные рассказывают о целой системе преследования, а явления псевдогаллюцинаций выражены довольно скудно — бредовый вариант этого синдрома.

Далее отмечается следующая последовательность развития, отмеченная многими психиатрами, в частности Р.Е.Люстерником. Он не опубликовал свои наблюдения, но указывал уже давно, что первично проявляется идеаторный автоматизм, затем сенсорный и — в последнюю очередь — моторный автоматизм. Такова последовательность, выражающая расстройства уровней функциональных систем, областей головного мозга: сначала поражается идеаторная, потом вовлекается сенсорная и, наконец, моторная область. Я не знаю, всегда ли это так, но у тех больных, которых приходилось наблюдать, последовательность развития обычно именно такая.

К галлюцинаторно-параноидным расстройствам относится и парафренный синдром, синдром фантастического бреда — еще более сложный синдром. В этом синдроме, наиболее часто встречающемся варианте, мы обнаруживаем систематизированный бред преследования, различные явления психического автоматизма, бред физического воздействия и фантастический бред величия, мегаломанический бред. Больные называют себя гениями, открывающими новые законы в науке, властителями всего мира, властителями всего мира, властителями космоса. Они управляют народами, от их воли

зависят взаимоотношения государств, с ними все советуются;

они живут тысячи лет, они существовали еще во времена Древнего Египта и будут жить бесконечно, властвуя над миром. Я привожу наиболее яркое, наиболее абсурдное содержание бреда. Иногда бред величия бывает выражен не в столь больших масштабах.

Правда, парафренный синдром может проявляться и в другом варианте. Он может исчерпываться только бредом величия или только явлениями психического автоматизма, но с повышенным, маниакальным аффектом. Речь идет о случаях, которые носят названия острых парафренических синдромов, острой парафрении. А в тех случаях, когда имеется причудливое сочетание бреда преследования, воздействия, явления психического автоматизма и бреда величия, речь обычно идет о хроническом, протрагированном парафренном синдроме. Но и том, и в другом случае дело идет о сложном или, как говорят терапевты, «больном» синдроме.

При длительном динамическом, иногда многолетнем наблюдении за такого рода больными, выясняется следующая последовательность смены синдромов. Например, больной хроническим алкоголизмом, у которого возник вербальный галлюциноз, принявший хроническое течение, или больной сифилисом мозга с хроническим течением психоза. У них по истечении многих месяцев, иногда лет, вербальный галлюциноз все больше и больше становится псевдогаллюцинозом, появляется бред преследования, воздействия, а на отдаленных этапах возникает парафренный фантастический бред. Такую же последовательность в развитии бредового синдрома мы обнаруживаем постоянно (это описано уже 100 лет тому назад Маньяном) при шизофрении. У больного первоначально развивается паранойяльный бред, бред интерпретации, затем он сменяется бредом воздействия, галлюцинациями, явлениями психического автоматизма, возникает состояние хронического, систематизированного галлюцинаторно-пара-ноидного расстройства, и, наконец, к этому состоянию присоединяется бред величия. Присоединение бреда величия Маньян пытался объяснить психологически, исходя из положения: раз больной годами утверждает, что его преследует целая организация, значит, он представляет собой необычного человека. И поэтому, говорил Маньян, и возникает психологически понятным образом бред величия. Объяснение психологическое, при котором одно явление выводится из другого. В действительности речь идет о генерализации процесса, о вовлечении в процесс новых связей, функций головного мозга. В пользу этого говорит то, что бред величия по своей форме, по своей природе отличается от бреда интерпретации. Больные без конца могут рассказывать все более новые и новые подробности о своем величии; они как бы

мечтают вслух, как бы грезят, оперируя образами. Следовательно, речь идет не только о присоединении нового бреда, а о присоединении бреда новой природы — чувственного бреда, образного.

Каково физиологическое толкование развития шизофренического процесса? Каковы механизмы смены бреда интер-претативного, словесного, как говорят физиологи, психическим автоматизмом, бредом воздействия и далее — парафренией? Физиологи в таких случаях говорят о том, что вследствие длительного существования патологически интенсивного очага одновременно с ним возникают парадоксальные фазовые явления, психическим выражением которых является синдром Кандинского — отчуждение собственных мыслей, отчуждение действий, отчуждение ощущений. В последующем в процесс вовлекается уже и первая сигнальная система, проявляется образный бред, мышление яркими представлениями.

В течении параноидной шизофрении наступающая генерализация, усложнение расстройства, распространяется в ряде случаев еще дальше. У некоторых больных проявляются циркулярные колебания настроения: впервые в жизни у них возникает то повышенное настроение, то подавленное. Последнее не случайно, это выражение дальнейшего распространения расстройства. Следовательно, такой, казалось бы, простой синдром, как паранойяльный, представляющий собой почти моносимптом, по мере развития процесса становится все более и более сложным. Клиническое усложнение состояния является внешним выражением усложнения природы нарушения деятельности головного мозга.

Ответы на записки

«К какой группе симптомов относить дисморфофобию? Если к бреду, то к бреду чувственному или бреду толкования? Может ли служить дисморфофобия основой для систематизированного бреда?»

Под дисморфофобией понимают убежденность больных (следовательно, это уже момент бредовой) в уродливом, неправильном строении своего тела или отклонениях в его отправлениях. Больные могут быть убеждены, например, что у них неправильный, уродливый подбородок, что на это обращают внимание все окружающие. Они прибегают к различным уловкам, чтобы скрыть свой мнимый дефект и, находясь среди людей, прикрывают подбородок рукой, платком, зимой — высоко подвязывают шарфом. Они обращаются с просьбой исправить дефект к хирургам, к косметологам. Содержанием «уродства» может быть нос, глаза, овал лица, рост, длина ног, форма

отдельных пальцев и т.д. и т.д. Другие больные уверены, что у них пот особого запаха, что от них идет отвратительный запах, что поэтому все сторонятся их, смущаются при обращении к ним. Может отмечаться довольно очерченный симптом убежденности в непроизвольном отхождении газов, запахе изо рта, из носа. Это не навязчивость, как об этом, казалось бы, говорит название этого симптома, дело идет не о фобии, а о бреде, об убежденности больного. Само поведение больных, их настойчивые требования врачебного, хирургического вмешательства подтверждают это, и их отношение к окружающему бредовое: на них обращают внимание, сторонятся, отворачиваются, избегают и т.д. К какому бреду относится это расстройство — к чувственному или толкования — это вопрос, не исследованный психологически, в этом направлении мало кто думал. Но, по-видимому, существует и тот и другой. Есть больные, у которых наблюдается элемент толкования, а у других элемент чувственности, образности. Несомненно, имеется несколько форм проявления дисморфофобии: преимущественно с характером чувственности и с преобладанием интерпретации. Помимо названных, имеется дисморфофобия типа навязчивых сомнений и дисморфо-фобия, возникающая только во время депрессивных фаз.

«Какую форму шизофрении вы ставите больному с синдромом деперсонализации и дереализации, который был продемонстрирован на лекции .%»

Чаще всего деперсонализация и дереализация возникают в течении исподволь развивающихся форм шизофрении, с преобладанием неврозоподобных или психопатологических расстройств. У больного, который демонстрировался, очень много психопатоподобных расстройств, в том числе и истерических.

«Могут ли быть кинестенические галлюцинации истинными ?»

Прежде авторы считали, что они могут быть истинными. Но, уже начиная с Э.Блейлера, психопатологи склоняются к тому, что кинестенические галлюцинации, как правило, псевдогаллюцинации.

«Каковы особенности делириозного и онейроидного помрачения сознания у больных эпилепсией ?»

Делириозные расстройства сознания при эпилепсии сомнительны. Речь идет о сумеречных состояниях с обильными зрительными галлюцинациями, с преобладанием галлюцинаций над бредом. Онейроидное помрачение сознания у больных эпилепсией сопровождается постоянным, не лабильным (в отличие от шизофрении) экстатическим аффектом. У больных

шизофренией при онейроиде аффект лабилен, он часто меняется, бывает то восторженным, повышенным, то депрессивным. Содержание чувственного бреда также различное, религиозность, конкретное содержание онейроида характерно для эпилепсии.

Демонстрация больных

(Входит больная)

- Здравствуйте, как Вы себя чувствуете?
- Меня врачи загубили...
- Как загубили?
- Захотели меня от моих мыслей избавить.
- Каким образом?
- Сделали электризацию...
- С какой целью?
- Чтобы сфотографировать мысли...
- Для чего нужно фотографировать Ваши мысли?
- Запишут мысли на ленту и проверяют... Наверно, там есть моя лента... Мне передавали очень много об этом, 7 лет говорят 24 часа в сутки.
- Не может быть, чтобы все 24 часа, вы спите же какое-то время?
- Очень мало. Чуть проснусь, начинают шевелить мозг, повторяют мои мысли.
- С какой целью?
- Не могу сказать, что это значит, наука это или еще что. По-моему, это не наука, а просто варварское средство.
- Для чего нужно записывать Ваши мысли?
- Смотрят, что можно взять. Включили всех и слушают...
- Меня тоже слушают и всех присутствующих, не только Вас?

— Я про Вас не слышала...

— Таким образом, все, что Вы думаете, всем становится известно?

— Не знаю, как, но я замечала, что и дети меня слышат. Я проверяла, кто слышит, и знаю определенно, что дети...

— Это тягостно. Иногда возникают мысли, которые не хотелось бы, чтобы знали окружающие?

— Очень. Да еще видимостью сопровождаются...

— Какой?

— Буквально в полном смысле слова: видят и больше ничего. Такой аппарат есть.

— Что за аппарат, при помощи которого Вас всегда видят?

— Да. Я все больше понимаю, что это за аппаратура, что ничего здесь нет научного, не касательно к медицине, а это телевидение и радио. Когда меня включили, то стали договариваться...

— По поводу Вас?

— ...что им нужна лента. Очевидно, подготовка была до этого... Они прямо заявили, что лучше моей ленты нет...

— Лучше записи Ваших мыслей?

— Да. И я сразу поняла, что меня видят...

— Почему Ваши мысли самые лучшие в мире?

— Лента будто бы, лента моя должна быть самая лучшая, потому что я не касалась никаких новшеств, я к ним безучастна была совершенно...

— Значит, они записывают Ваши мысли? А делают они Вам мысли?

— Теперь нет, после электризации не стали, а до электризации делали, то через одного, то через другого...

— А вспоминать Вас заставляли или нет?

— Мне нечего вспоминать...

- А куда делись воспоминания?
- Сделали так, как будто в жизни не было ничего...
- Их отняли?
- Сейчас отняли наполовину...
- Что это значит?
- Слышу последние слова...
- А остальные все отняты?
- Все отняты.
- А сны у Вас есть?
- Врачи занимаются моими снами. Делают мне сны. А самостоятельно я не могу их видеть. Вижу каждый раз себя маленькою, как трех лет...
- Так это Ваши воспоминания?
- Воспоминания, только не моей жизни. Я чувствую... Мне приказывают, я участвую, но жизнь не моя...
- Чья же жизнь?
- Это не могу сказать...
- Какую жизнь Вам показывают?
- Деревня, дом...
- Это Вам показывают, или Вы сами видите, или делают?
- Говорили: «сделаем сон»...
- На настроение Ваше влияют или нет?
- Влияют... Это карательное что-то...
- Опишите.
- Делают печаль, слезы... Очень много вмешательств. Наверно, из-за этих вмешательств все страдают...
- Значит, воздействие распространяется не только на Вас, но и

на других людей?

— Я смотрю на других, и мне кажется, что не на одну меня, а вижу таких еще...

— Не пробуют ли говорить Вашим языком?

— Я могу сказать. Самое главное — стараюсь не отвечать вообще. После электризации у меня стала голова ответная: то, что думаю, я и говорю. Не могу, как Вы: слышали, подумали и, что надо сказать, скажете, что не надо — не скажете. Я прямо говорю, что есть...

— Движения совершаете или нет?

— Движения ногами не я.

— А кто же?

— В травле была глупость такая; кто-то объявил меня невестой космонавта. Этому поверили, стали меня компрометировать... А один вмешался: сделаем из нее балерину, — и прикрепили к балетному аппарату... такой аппарат. А до этого выпрямляли... (делает движения ногами).

— Это не Вы делаете?

— Нет, не я.

— А кто же?

— Балетный аппарат.

— А что за балетный аппарат?

— Я не знаю. С Большим театром была связана. Балету учатся не только самостоятельно, а по нормам исполнения. Мы видим, что это атомная энергия, то, что держат ноги...

— А почему Вас считают невестой космонавта?

— Просто травили — невеста космонавта. Это для травли, не знаю для чего...

— А сейчас что Вам передают в голову?

— Я уже говорила, что у меня нет мыслей.

— А Вы сейчас слушать можете, передают что-нибудь сейчас?

— Сейчас молчат, наверно. Травля централизованная...

— А может, все это болезнь, плод больного мозга?

— Поскольку все время говорят, я все время слышу, буквально все время, я так и думаю, что это не болезнь, а слышимость...

(Больная уходит)

В состоянии больной на первом плане стоит психический автоматизм и бред физического воздействия. Психический автоматизм здесь довольно распространенный, имеются явления идеаторного, сенсорного и двигательного автоматизма. Идеаторный автоматизм очень разнообразный. Наряду с этим существует бред преследования — система, связанная с врачами, но, как вы видите, довольно радиментарная.

(Входит другая больная)

— Как Ваше здоровье?

— Неважное.

— Почему неважное?

— У меня сильные головные боли.

— Потом?

— Потом, я теряю сознание, часто не знаю, что со мной делается. Я забываюсь, вообще ничего не знаю, что со мной.

— Еще что?

— Потом мне кажется, что мне уже 100 лет.

— Почему так думаете?

— Каждая минута мне кажется годом.

— Еще что у Вас?

— Меня мучает то, что током меня бьют.

— Кто?

— Соседи.

— С какой целью?

- Они хотят забрать мою комнату.
- Как вы чувствуете ток?
- Он греет мне голову. Он сильно греет мою голову со всех сторон, и вот здесь, и вот здесь. Потом делается темно, темно, в голове тяжело, как свинцом набита, полна голова, и я потом теряю сознание, ничего не чувствую.
- Что еще делают с Вами?
- Они греют все тело, колют иголками, раздражают, щекочат.
- Мысли Ваши узнают?
- Я с ними разговариваю как с Вами.
- Мысленно?
- Мысленно. Я даже могу с Вами говорить. Задайте мне вопрос.
- Не умею мысленно задавать вопрос.
- А я теперь уже научилась.
- И что же они Вам мысленно делают? Передают что-нибудь? Бранят Вас?
- Они, конечно, бранят всякими нехорошими словами — «гадина» называют меня ... мне даже стыдно сказать.
- Цинично бранят? А Вы их тоже?
- Я тоже ругаю.
- Тоже мысленно?
- Мысленно.
- И тоже цинично?
- Нет. Я не так цинично, поменьше цинично, но тоже...
- Значит, у Вас в мозгу сплошная брань стоит?
- Да: «гадина», «сволочь», а я ему говорю: «ты сам сволочь».
- Как же мысленно? Вы расскажите, как передается?
- Током, радиоволной. У меня на голове как пластинка

работает, быстро крутится, каждую секунду, мысль быстрее выходит, чем говорю, я не могу догнать свою мысль.

— Она быстро возникает?

— Просто потом голова кружится, так сильно.

— А время идет быстро — день как год?

— Да, да.

— Вам теперь 100 лет?

— Наверно.

— Родились Вы давно?

— Родилась в 13-м году.

— Как же получается 100 лет?

— А по жизни, по чувствам 100 лет.

— В течение дня происходит масса событий?

— Масса событий.

— Какие же события?

— Я как волчок кружусь, все уходит быстро, я как стрела, и у меня мысли идут с центробежной силой, они хотят оторваться. Мысли летят туда-сюда, я их стараюсь собрать вместе, они разлетаются, поэтому я ничего не понимаю.

— А что они еще с Вами делают?

— Иногда у меня как будто бы на голове испарение, это ток испаряется. Я чувствую, пар уходит волной.

— Все это делают током?

— Может быть, радио, я отстала в технике.

— Может быть современный аппарат?

— Техника ушла далеко, очень далеко.

— Окружающее как воспринимается?

— Когда я была дома, я ужасно все воспринимала. А здесь, в

больнице, немножко притупилось.

— Раньше очень остро все воспринимали?

— Ужасно. А теперь уже не так. Я живу на 3-м этаже и слышала, как на мясокомбинате говорят, каждое слово на меня действует. Они сказали, что убили моего отца, два дня лежит, синюю машину взяли, говорят, приезжайте, посмотрите, жив ли отец. Оказывается, они только посмеялись надо мной, ничего этого не было.

— Шум раздражал Вас?

— И шум там ужасный машины проходят...

— Свет тоже раздражает?

— И сейчас раздражает, как ножом режут, режут...

— Ваши соседи, которые током на Вас действуют, заставляют Вас вспоминать, думать?

— Да, да. Они возятся у меня в голове. Они хотят узнать, не цыганка ли я, не воровка ли я, не проститутка ли я. Они хотят меня посадить на машину тоже. Они нас всех грели, и сына грели.

— Сына тоже?

— Тоже.

— Мысли его узнают?

— Нет, они грели для того, чтобы он отупел, чтобы он был нехорошим студентом.

— Настроение Вам портят, изменяют?

— А как же. Все это портит настроение, жить не охота.

— Специально изменяют Вам настроение?

— И специально изменяют. И дома когда жила бывало так:

мы ложимся спать, уже тушим огонь, я раньше не могла при свете спать, не могла, чтобы радио говорило, чтобы было тихо, тихо, тогда засыпаю. Мы ложимся спать, а они что-то делают. Начинают та-та-та. Начинают мне на нервы действовать, вот так, вы слышите? — «Мы ей так сделаем, мы так, так, так...» (громко

визжит).

— Вы слышите их разговор между собой?

— Они между собой разговаривают, а у меня в голове это.

— К Вам обращались?

— Они через стенку мысленно. Я начала только в больнице чувствовать.

— Раньше слышали их разговор между собой? А потом стали слышать мысленно?

— Только в больнице стала слышать мысленно. Раньше голоса, а теперь мысленно. А теперь кажется, с любым человеком могу мысленно говорить. Я тоже научилась, по-вашему, по-поликлинному.

— Может быть, все это проявление болезни?

— Не знаю.

— Может быть, все это мерещится, представляется?

— Может быть, но тогда лечите, я уже измучилась, я не могу больше, я душой измучилась, я не сплю, не ем. Мне кажется, что каждый человек хочет снова сделать эту травлю. Я Вам еще расскажу о травле. В 1946 г. меня отравила одна старуха. Она около двери сыпала уголь и соль.

— Может быть, тоже проявление болезни?

— Нет. Она меня отравила.

— Потом все прошло?

— А все-таки было ...

— Сколько лет Вы об этом не думали и здоровы были?

— Полностью я не могу Вам сказать, полностью ли это прошло. Но я не думала. Я жила ...

— И это пройдет, выздоровеете и пройдет.

— Спасибо Вам, большущее спасибо.

(Больная уходит)

Как вы видите, у больной обнаруживаются разнообразные явления психического автоматизма, сопровождающиеся бредом физического воздействия. Из слов больной явствует, что первоначально были истинные галлюцинации, она слышала «настоящий» разговор, даже диалог, а затем истинные галлюцинации сменились псевдогаллюцинациями и бредом физического воздействия. У данной больной явление психического автоматизма сопровождается депрессией, бредом преследования, отношения, изменением чувства времени, элементами бреда Котара («100 лет живу и буду жить»). В данном случае явления психического автоматизма входят в состав другого синдрома — депрессивно-параноидного. И развитие явлений психического автоматизма несколько иное, со своими закономерностями цепной реакции.

(Входит следующая больная)

— Как Ваши дела?

— Здесь присутствует начальник нашей больницы Киселева?

— Нет.

— Попросите ее сюда. Без нее я говорить не буду.

— Она занята. Расскажите без нее.

— Я попрошу: в 25—24-м отделении, 2-й корпус, направо от лифта первая палата. Там она находится, Киселева. Вторая — Валентина, попрошу ее тоже сюда.

— Какую Валентину?

— Вы не знаете? Талантливая, способная, сразу легко воспринимает... если человек нарушает правила его ведут в камеру...

— В какую камеру?

— Запирают...

— Нас с Вами тоже запрут?

— Вас могут запереть в камеру, если не выполните мою просьбу, если я увижу, что это не сделано... Попрошу серьезно вызвать Киселеву и Валентину.

— Они не больные?

— Нет, такие же, как и я, находятся у Вас в командировке.

— С какой целью?

— Нас вызвали в профсоюз и там сказали: пойдете в больницу, перенесите на себе все, что врачи будут Вам предлагать...

— Для чего?

— Вопрос стоял о том, что Вас ждут гроб, могила. Хатагуро-ву вызвали, она послана в командировку... Я, старейшая комсомолка Красной Пресни, была направлена с ними вместе. Мы перенесли действительно очень много тяжелого и утверждаем, что я, умершая 3 раза в день, воскресла и здесь умерла в 18-м отделении. Я была уже послана живая в 8-ое отделение, причем даже без опыта...

— Вы совсем умерли или нет?

— Совершенно. Теряла сознание полностью...

— Отчего умерли?

— Значит, это — летаргия...

— Кто вызвал ее у Вас?

— Об этом будут говорить Киселева и Валя. Есть вещи, которые при таком большом количестве нельзя говорить...

— Но какая же Ваша миссия и кто Вы такая?

— Гражданка Советского Союза. Миссия простая: доказать Вам, что мы здоровы, что лечить нас больше не надо, что мы просим отменить уколы, вливания, абсолютно, довольно. В результате тягчайших изменений, это результат того, что Вы венозную кровь разбавляете. Я приняла аминазина ведро за несколько лет. Нас брали на 8 лет.

— А как вы себя называете?

— Профессор, об этом не надо говорить. Скажите: Вы слышите голоса?

— Нет, не слышу. А Вы?

— Слышу.

— Слышите? Какие голоса?

— Я стала различать. Все эти годы абсолютно ничего не слышала. Прошу Вас осознать, что сумасшедших в Советском Союзе нет. Если есть безумные, способные на убийство, то я прошу консультации у Вас с Киселевой и Валею и они скажут, есть ли безумные, способные на убийство... Причем они владеют этим тягчайшим оружием.

— Каким?

— Электроаппаратом, сжигающим... Я прошу, это серьезное психическое заболевание. Присутствие у нее электроаппарата делает ее безумной. Она откровенно говорила со мной и потребовала, чтобы меня взяли сюда, потому что ни одна больная, ни один доктор, ни одна медсестра не представляют, чему человека подвергают. К счастью, человек бессмертен.

— И Вы бессмертны?

— Да...

— Почему считаете себя бессмертной? Люди смертны, как известно.

— Нет, бессмертны. Попросите ее провести опыт.

— Кого?

— Киселеву.

— Для чего?

— Вы видите, здесь большинство женщин. А мужчины, если говорить откровенно, — марсиане, сошедшие с планеты. Я здесь почти никого не узнаю. Я знаю доктора М.

— Почему Вы думаете, что мы марсиане? Когда же мы прилетели на Землю? Какие доказательства?

— Я Вам отвечу. (Молчит).

— С кем Вы общаетесь, расскажите.

— Сейчас Вам отвечу... (Молчит).

— Пожалуйста, скажите.

— Киселева и есть супруга Учителя... Вы говорите — изучать... Она отделенная, она с трудом вспоминает... Когда я к ней обращаюсь: великая, успокойтесь, Валентина, успокойся Вы дочь Учителя... Когда они вдвоем идет, они еще что-то

вспоминают. Как только нарушается дисциплина, как только она... Вопрос — ребенка им дать, им дать дочерей 18... Этот тихий голос Вы слышите? Я сама громко говорила.

— Ничего не слышу.

— Вы слышите только тихий голос?

— Ничего не слышу.

— Прошу Вас, великая, отвечайте профессору... Отвечайте, великая!

— Отвечает?

— Что скажете мне? (Молчит).

— Очень долго молчите.

— Я могу уйти с конференции. Есть академики, есть ученые, предлагала лично, что врачи являются единственными... Согласились бы Вы быть сотрудником Академии наук СССР, дают согласие?

— Дают?

— Всю проблему, весь вопрос, величайшее открытие, которое Вы решаете... Члены правительства почти не участвуют, решают врачи...

— Мне хочется знать, с кем я разговариваю?

— Я 1905 года рождения, но живу за всю сознательную жизнь несколько дней...

— Вы говорили, что Христос — это Ваш сын?

— Нет, я не говорила этого... Это говорит Валентина... Фольклор тихих голосов и есть... Причем настолько внушительное, что редкий из нас не выполнил бы...

— Вы очень отвлекаетесь. Вы говорите, что мы все марсиане. Откуда Вы это узнали, и как мы прилетели, как Вы представляете себе это?

— Компоненты в этом вопросе сами ученые. Если уж учитель нам известный, даже здесь выступая, сказал, если он является таким ученым, то по библейским сказаниям — х 3—3 еще есть 12, еще есть учитель, когда они посылают тепловые лучи, то я закрываю глаза и вижу какие-то кружочки. Там маленький

человечек работает, из Совхозного сада. Этот ребенок есть бог, то, что называется богом, бог, владеющий лучами солнца... Поэтому ясно, что мы, признавшие бога..., но об этом не говорят, абсолютно нельзя, она предупреждала.

— Великая?

— Да. Говорила, что он показывает лучи... Она и он так говорили... Учитель — так бога называет, он не доверяет. Он сказал: я не могу быть спокоен. Я врачу говорю: кормите сотрудников, даю на столы все, что есть, кушайте, потому что голод больше уж не разрешается... Сотрудники ни один ни разу не сел за стол спокойно, и мы сидели...

Когда к нам приходили на свидание, он, наш учитель, давал всем врачам, которые стояли выполнять его приказания... Сегодня какая-то женщина посторонняя, не из нашего отделения, согласилась привести к Вам. Я прошу товарищей врачей осознать свою ответственность. Ваш обход в отделении — это идет профессор в сопровождении 12—15 человек. Ручаюсь за больных. Если они кричат... Здесь несколько отделений. Если человек кричит, значит, осознайте то, что должен сказать, а его не вызывает врач.

Агрессивности никакой нет. Только некоторые... в отношении же врачей никогда не были агрессивны. Единственный случай был — девушка, которая хотела ударить, я его защитила. Значит, обходя палату, будьте совершенно спокойны, но вызывать каждого больного, потому что голос. Говорят, что охрана рядовая позволяла ужаснейшие вещи, в 4-м отделении до сих пор находятся инвалиды. Вот для чего я пришла к Вам. Если говорить обо мне, Вы узнаете несколько легендарных событий. Я вынуждена обращаться к Вам. Мы вместе с Хетагу-ровой... Не знаю, в каком состоянии приезжала — ужасно. Равнодушие... Если бы не бог, то огромное количество населения быстро бы погибло. А я на себе испытала и знаю, и Елизавета Михайловна Киселева. Мы в войну были, падали без сознания и потом бредовое состояние, потом просыпались только, когда... Сейчас они прекратили посылать мне иголки... если будете мне объявлять — что хотите предложить?

— Лечение.

— Где?

— В больнице.

— Тогда прошу быть готовым, что примете ожоги...

— От аппарата?

— Вы должны предложить мне отдельную квартиру, с 8 детьми. Лечение мне нельзя, потому что это говорит ребенок, и однако настаиваете на том, что если иногда колеблется в чем-нибудь, Вы отвергаете совершенно.

— Вызовем сюда и все выясним.

— Тогда будете достойны Кремля.

(Больная уходит)

Перед вами была больная с более полиморфными расстройствами, чем те, о которых была речь. Наряду с выраженными и разнообразными явлениями психического автоматизма и бреда воздействия, все это вы видели у больной, она рассказывала об этом, у больной имеется фантастический бред: она бессмертна, у нее связь с богом, она фантастически трактует больную Киселеву и Валю. Валя — жена учителя, дочь учителя, у нее 18 детей и т.д. и т.д. Здесь грандиозный фантастический бред, вплоть до бреда бессмертия. Настроение у больной повышенное. Далее у больной обнаруживается расстройство, которое обычно появляется через несколько лет вслед за парафренией, вслед за галлюцинаторно-параноидными расстройствами, — у нее обнаруживается симптом монолога: она говорила непрерывно, если бы ее не прервали, продолжали ее слушать, она говорила бы без конца. Подобное расстройство — симптом монолога с выраженными явлениями шизофрении: она произносила предложения, в которых были глаголы, придаточные предложения, но смысл того, что она говорила, понять было невозможно. Одно предложение не находилось ни в какой связи с другим. Тем не менее, больная вела изложение в виде доклада, с аффектом. Симптом монолога — одно из дальнейших развития расстройства цепи: паранойальное, параноидное и парафренное состояния. Дальнейшее усложнение клинической картины, выражение дальнейшего развития патологического процесса.

**Лекция 7. Ипохондрические,
аффективные синдромы.
Синдромы слабоумия.**

**Лекции по общей
психопатологии**
Снежневский А.В.

Сегодня нам предстоит изложить, хотя бы в сжатом виде, все оставшиеся синдромы — ипохондрические, аффективные, синдромы слабоумия — и соотношение синдрома и нозологии.

Ипохондрия, то есть повышенное внимание к своему здоровью, чрезмерная забота о своем здоровье, — проявляется в составе разнообразных синдромов. Единого ипохондрического синдрома нет. Ипохондрические явления могут возникать, как навязчивое

расстройство, как проявление навязчивого сомнения. В этих случаях у больных постоянно возникает сомнение в том, не больны ли они, не заразились ли они той или иной инфекционной болезнью, не развивается ли у них исподволь тяжелое заболевание. Такое сомнение постоянно беспокоит больных. Оно возникает с сознанием, что это не так, что оснований для боязни нет, но тем не менее оно, как и всякое сомнение, навязчиво всплывает в сознании, вызывает беспокойство и заставляет больных обращаться к врачам, обследоваться, иногда неоднократно. Отрицательные данные успокаивают больных в отношении данной предполагаемой ими болезни, может быть, навсегда успокаивают, но через некоторое время может возникнуть новое навязчивое сомнение в отношении другой болезни. Подобное — невро-зоподобное состояние, навязчивое проявление ипохондрии, навязчивая ипохондрия, если так можно выразиться, имея в виду, что это вид фобии. К этому же кругу относятся канцеро-фобия, сифилофобия и т.д.

Ипохондрические расстройства нередко возникают в структуре депрессивных состояний. Последнее время описывают депрессивные состояния преимущественно с ипохондрическими расстройствами. Лемке такую ипохондрическую депрессию называет вегетативной депрессией. В таких случаях у больных наряду с депрессивным состоянием возникают мысли о том, что они тяжело заболели, что у них развивается тяжелое заболевание. Они ощущают боли, тяжесть, неприятные ощущения в той или иной области тела, в области того или иного органа. Наступает мрачная, но временная убежденность в своем тяжелом состоянии. Она существует до тех пор, пока существует депрессия, и бесследно проходит вместе с улучшением аффективного состояния.

Диагностика подобного вида ипохондрии часто представляет большие трудности, ее нелегко отграничить от сенестопатической ипохондрии, которая также протекает в ряде случаев с болезненными ощущениями. Такого рода сенестопатическая ипохондрия наблюдается нередко в начале шизофрении. В этот период дифференциальная диагностика тем более трудна, что при шизофрении в инициальном, сопровождаемом сенестопатиями и отдельными ипохондрическими представлениями периоде, тоже обнаруживается депримирующее, угнетенное настроение. При дифференциальной диагностике необходимо обращать внимание на преобладание сенестопатий и их разнообразие, необычность ощущений и общие изменения личности, хотя и очень незначительные, свойственные инициальным проявлениям шизофрении.

Сенестопатическая ипохондрия, в отличие от ипохондрической депрессии, характеризуется прогрессивным течением

заболевания. Она может развиваться в галлюцинаторно-параноидную ипохондрию с явлениями бреда физического воздействия.

В начале некоторых форм шизофрении обнаруживается еще один вид ипохондрических состояний, который носит название паранойяльной ипохондрии. В таких случаях речь идет об интерпретативном бреде: у больных появляется убеждение, что несколько лет назад или несколько месяцев назад при известных реальных обстоятельствах они заразились той или иной болезнью, например, сифилисом, что этот сифилис у них развивается, но он протекает латентно и потому все исследования — врачебные исследования, серологические — дают отрицательные результаты. Больные перечитывают массу книг, у них образуется система доказательств «реальности» из болезни. Больные требуют, чтобы их еще и еще раз обследовали, дело доходит до того, что они требуют прививки малярии, для того чтобы предотвратить заболевание прогрессивным параличом. При отказе врача больные пишут жалобы, обращаются в различные организации, настойчиво требуют стационарирования и всевозможного исследования, требуют неоднократно исследовать ликвор и т.д. Их бред — бред толкования, логически последовательный, обоснованный серией доказательств, приводимых с большой стеничностью. В некоторых случаях такого рода ипохондрики становятся преследуемыми преследователями. Их бред расширяется в сторону их преследования по каким-либо соображениям: не хотят лечить потому, что прежде врачи ошибались, совершенно не обнаружили у них сифилис, а все остальные врачи «покрывают» ошибку своих коллег. В таких случаях возможны тяжелые последствия в виде нападения больных на врачей с тем, чтобы привлечь внимание общественности к такому случаю:

больному угрожает нейросифилис, прогрессивный паралич, а врачи не хотят его исследовать, отказываются исследовать, посылают от одного врача к другому. В таких случаях сенестопатий обычно не бывает вовсе или они незначительны, весь синдром исчерпывается бредом толкования. Галлюцинации и другие расстройства отсутствуют.

При прогрессировании болезни по тем же закономерностям, по каким развивается параноидная шизофрения, ипохондрическое состояние может стать псевдогаллюцинаторно-ипохондрическим: развивается бред физиологического воздействия, различного рода псевдогаллюцинации, различные явления психического автоматизма.

Параноидная ипохондрия — то есть ипохондрия, сопровождающаяся явлениями психического автоматизма и

бреда физического воздействия, проявляется в следующем виде:

больные утверждают, что преследователи, организация лучами, воздействием электрического тока разрушают у них органы: разрушается сердце, легкие, кишечник, под влиянием воздействия расплавляется мозг. Этого рода ипохондрическое расстройство сопровождается обильными сенестопатическими псевдогаллюцинациями, то есть чувственными явлениями психического автоматизма.

При параноидной ипохондрии может возникнуть бред одержимости гадами, микробами, вирусами. У больных возникает ощущение, что преследователи начинили, «нашпиговали» весь их организм микробами, вирусами или пресмыкающимися, эти вирусы, микробы разрушают их организм. В таких случаях ипохондрический бред проявляется в виде бреда одержимости. Бред одержимости, так же, как и бред физического воздействия ипохондрического содержания, в ряде случаев, по мере прогрессивности процесса, начинает проявляться в виде фантастического ипохондрического бреда. Больные сообщают об особом перерождении их тела, костей, всех органов от воздействия на их организм, например, из космического пространства. Ипохондрический бред приобретает характер фантастичности, а порой и громадности. Интересно то, что такого рода фантастический ипохондрический бред, совершенно абсурдный по своему содержанию, может иногда впервые проявиться в конечном состоянии шизофрении. В конечных состояниях шизофрении в большинстве случаев проявления болезни становятся чрезвычайно полиморфными, развивается большой синдром. В составе «большого синдрома» у больных в период конечного состояния может впервые возникнуть фантастический бред, которого на предыдущих этапах течения шизофрении не было.

Вот те формы, в которых проявляется ипохондрическое расстройство. Как видите, оно не имеет однообразного, самостоятельного проявления. Ипохондрия выступает всегда в составе тех или иных типовых синдромов: неврозоподобных, аффективно-депрессивных, паранойяльных, параноидных и парафренных. Ипохондрические проявления могут быть очень массивными, могут определять особенности клинической картины болезни.

Кратко об аффективных расстройствах, о типах аффективных синдромов. Подробно об аффективных синдромах вам будет сообщено на лекциях о маниакально-депрессивном психозе, и эндореактивных депрессиях. Сейчас я лишь кратко остановлюсь на видах аффективных синдромов.

Аффективными синдромами мы называем такие, в которых

преобладающим расстройством является нарушение эмоций. Расстройство «сквозное», оно остается аффективным и при усложнении синдрома в случаях прогрессивного течения болезни.

Наиболее типичными, классическими аффективными синдромами являются циркулярная депрессия и маниакальное состояние маниакально-депрессивного психоза. Такого рода классические формы аффективных расстройств имеют триаду, известную вам всем: при депрессиях — понижение настроения, идеаторное заторможение и моторное заторможение. Классические проявления маниакального состояния в триаде: повышенное настроение, идеаторное возбуждение, двигательное возбуждение. Если названные 3 ингредиента взаимно заменяются, то тогда говорят о смешанных состояниях, то есть если классическая циркулярная депрессия сопровождается не двигательным торможением, а возбуждением, то говорят о смешанном состоянии; если при циркулярной депрессии вместо идеаторного заторможения обнаруживается идеаторное возбуждение, тоже говорят о смешанном состоянии; если при маниакальном классическом состоянии идеаторное возбуждение и повышенное настроение сочетаются с двигательным заторможением, в таких случаях тоже говорят о смешанном состоянии.

Депрессивное и маниакальное состояния разнообразны. Классическое маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением, жизнерадостным оптимизмом и ощущением полноты здоровья. Об оптимизме маниакальных больных говорят, что он «непробиваемый»: ассоциации печального содержания не доходят до сознания, не встречают отклика, резонанса, не вызывают адекватной реакции. Креч-мер описывает больного, находящегося в маниакальном состоянии, который получил почти одновременно известие о гибели на фронте двух любимых сыновей и тем не менее он продолжал оставаться в веселом, жизнерадостном настроении.

Далее, больные в маниакальном состоянии чрезвычайно подвижны, деятельны, предприимчивы, у них возникает сразу тысяча планов, они пытаются их реализовать, но ничто не доводит до конца вследствие отвлекаемое™. Они говорливы, но и речь их выражает постоянную отвлекаемость. Начав рассказывать об одном, они быстро переходят на побочную тему, отвлекаются побочными ассоциациями, которые становятся их главной темой. В дальнейшем возникают новые побочные ассоциации, иногда внутренние, иногда под влиянием внешнего мира, и тема вновь меняется. При усилении интенсивности маниакального состояния отвлекаемость доходит до скачки идей и даже речевой спутанности (спутанная мания). При маниакальном состоянии, протекающем без идеаторного

возбуждения, говорят о «веселой мании». В таком состоянии у больных имеется повышенное настроение, но не отмечается ни ускорения ассоциаций, ни повышенной продуктивности. В ряде случаев, особенно перед окончанием маниакального состояния, маниакальные больные становятся чрезмерно раздражительными, вспыльчивыми. В этих случаях говорят о гневливой мании.

В маниакальном состоянии различают типичную манию, маниакальное состояние со скачкой идей (это те случаи, при которых отвлекаемость достигает высших степеней, больные постоянно меняют тему и это приводит к скачке идей) и спутанную манию. Маниакальное состояние может, кроме того, носить характер веселой мании или оно может сопровождаться повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, и в этих случаях говорят о гневливой мании (маниакальное состояние с гневливостью). Маниакальные синдромы могут быть и более сложными, апатичными, если хотите. Маниакальное состояние может сочетаться в своих проявлениях с бредом ипохондрическим, кверулянтским, фантастическим (маниакально-бредовые состояния). Маниакальный синдром может проявляться не только в повышенном, веселом, радостном настроении, но и в онейроидных расстройствах, сочетается с гебефренической дурашливостью и кататоническим возбуждением. Подобное состояние нельзя назвать смешанным, оно представляет собой сложный синдром — апатичный маниакальный синдром, как называют. Наконец, маниакальные состояния типа веселой мании могут носить отпечаток эйфории, беспечности, сентиментального чувства удовольствия. Очень часто такие состояния наблюдаются в течение симптоматических психозов.

Также разнообразны и депрессии. Помимо классической депрессии, выражающейся в триаде — тоска, идеаторное и двигательное заторможение, — наблюдаются и смешанные состояния: тоска со скачкой идей, тоска с двигательным расторможением — варианты типического депрессивного синдрома. Часто встречаются депрессии с бредом, депрессии с ажитацией, тревожные депрессии с суетливым возбуждением и бредом суждения, вербальными иллюзиями, бредом интерметаморфоза, бредом Котара (бредом громадности из круга отрицания или из круга меланхолической громадности) — де-прессивно-параноидные синдромы.

Типическая депрессия может прерываться неистовым возбуждением: длительное время подавленные, тоскливые, идеаторно и моторнозаторможенные больные внезапно резко неистово возбуждаются — раптус меланхоликус.

Степени раптуса может достигнуть и депрессивное состояние с

возбуждением, с бредом.

Идеаторное и двигательное заторможение при депрессиях в своем развитии может достичь степени ступора. Ажитированная депрессия также может прерываться ступорозным состоянием, даже с отдельными кататоническими проявлениями.

Наблюдаются депрессивные синдромы, которые сопровождаются злобностью, слезливостью, — они наблюдаются при органических заболеваниях. Обычно классическая депрессия «сухая», но могут быть варианты в виде слезливой депрессии.

Больной в депрессивном состоянии печален, выражение лица тоскливое, поза сгорбленная. Но надо помнить еще об одном депрессивном варианте, когда депрессивный больной может улыбаться, — говорят об улыбающейся депрессии. В этих случаях есть опасность просмотреть депрессивное состояние за такого рода улыбкой. У некоторых больных классический депрессивный синдром может сопровождаться ворчливостью: больной не только тосклив, но и постоянно чем-то или всем недоволен, он неприязненно относится ко всему окружающему. В таких случаях говорят о брюзжащей или ворчливой депрессии.

Депрессивные состояния, особенно классическое депрессивное состояние, в некоторых случаях (и не так уж редко) осложняются появлением навязчивостей — мучительных навязчивых воспоминаний, фобий, навязчивых сомнений, — что создает апатию. Такая апатия может проявляться как в рамках классической депрессии, так и (по-видимому, особенно часто) депрессии, возникающей в рамках циклотимии.

Наконец, при депрессиях возникают явления дереализации и деперсонализации, то есть то расстройство, которое носит название психика долороза, мучительное бусчувствие. Больные мучительно страдают оттого, что потеряли, утратили чувства к близким, к природе, ко всему окружающему, они «не живут», потеряли эмоциональный, чувственный резонанс.

При депрессиях, не только при классических, но и при сложных (депрессиях с бредом и т.п.) отмечается еще один симптом, который часто просматривается как притворство: утрата чувства и сознания сна. Больной спит и тем не менее каждое утро жалуется, страдает оттого, что не спал всю ночь. Такое сопровождающее депрессию расстройство называется утратой сна или утратой сознания сна. Оно наблюдается и при депрессиях, возникающих как осложнение при лечении больных аминазином. Следовательно, оно присуще не только эндогенной депрессии, но и депрессии другого происхождения, может быть, даже в особенности депрессии интоксикального

происхождения, то есть симптоматической депрессии.

Среди аффективных синдромов выделяют еще синдром дисфории — лобное, мрачное настроение с чрезвычайно выраженной гиперестезией, раздражительностью, с взрывами гнева и агрессии (брутальное настроение, настроение с брутальными тенденциями).

Еще один эмоциональный синдром — апатический ступор, состояние безучастности, равнодушия, безразличия к окружающему и к самому себе, к своему собственному положению. Все внешние впечатления не привлекают внимание больного, он к ним безучастен. Его взгляд направлен в пространство, поверх окружающих предметов. При обращении к такого рода больному он отвечает односложно, ответы его также безразличны, чаще всего он употребляет слово «ничего». При встрече с родными такие больные на минуту оживляются, а затем и к ним становятся равнодушными. Подобные больные подолгу лежат, не меняя позы, в состоянии прострации. Поэтому такие состояния Ясперс, например, называет «смертью с открытыми глазами», французы обозначают «бодрствующей комой». Подобное состояние обычно сопровождается расстройством сна, и ночью больные также безучастно лежат с открытыми глазами; со взглядом, устремленным в пространство. Такого рода расстройство особенно часто наблюдается при тяжелых алиментарных дистрофиях, авитаминозах, заболеваниях, протекающих с тяжелой кахексией, тяжелых исходных состояниях септико-поимии, которые называют «раневой чахоткой».

Наконец, последний из аффективных синдромов, на котором нужно хоть кратко остановиться, — лабильность аффекта, аффективная слабость, раздражительная слабость аффекта. Такое расстройство по своим проявлениям и тяжести довольно различно. В состояниях астении оно наблюдается в виде капризности настроения, смены настроения, резких переходах от недостаточно адекватного оптимизма к необоснованному пессимизму, к отчаянию, к утрате самообладания, вспышкам раздражения. В более тяжелых случаях аффект выражается в раздражительной слабости: неадекватно, по малейшему пустяку больной приходит в состояние тяжелого раздражения, иногда даже с грубыми, брутальными действиями, которые быстро сменяются состоянием слабости и слезами. И, наконец, «аффективное недержание», как высшее выражение лабильности аффекта, проявляется в том, что любое внешнее впечатление вызывает у больных слезы, но их плач можно прервать, больных легко успокоить и так же быстро вызвать улыбку — проявление «аффективного недержания». «Аффективное недержание» необходимо отличать от насильственного смеха, насильственного плача, где смех и плач

появляются не в результате утраты самообладания больным, а именно насильственно, как органически обусловленный разряд.

Переходим к описанию слабоумия. Слабоумие разные психопатологи трактуют различно. Одни под слабоумием понимают те случаи, при которых обнаруживается расстройство интеллекта, то есть слабоумие рассматривают, если хотите, не в качестве синдрома, а в качестве симптома: расстройства интеллектуальных функций. При этом считается, что интеллектуальные функции могут расстраиваться изолированно. Другие под слабоумием понимают общее изменение психической деятельности, характеризующееся негативными симптомами и выражающееся в снижении всех сторон психической деятельности: при слабоумии страдает не только познание, суждение, не только память, но и аффективная сфера, деятельность больных, страдает вся личность. Личность больного при слабоумии изменяется, утрачивает свою индивидуальность. При такой трактовке — при слабоумии страдают все проявления личности как целое — понятие слабоумия приобретает очень широкие границы.

В клинике мы встречаемся с изменениями личности довольно часто, с изменениями стойкими, необратимыми, и следовательно, все эти изменения надо назвать слабоумием. Например, больной перенес взрывную травму головного мозга, вернулся домой, и родные отмечают, что человек стал другим: его прежние интересы ослабели, сузились, он стал менее деятельным, менее энергичным. Следовательно, его личность изменилась, изменилась стойко, таким он и остался. Исходя из того, что слабоумие характеризуется общими необратимыми изменениями всех сторон личности в целом, то и такого больного логически также надо называть слабоумным. Но тогда качественное различие между глубокими изменениями личности, дисгармонией личности и интеллектуальными изменениями утрачиваются. Психиатры пользуются в подобном случае понятием — снижение уровня личности, дефект личности. Например, у больных с шизофренией может наступать ремиссия с изменением личности, они становятся более замкнутыми, кругозор их суживается, становится бедным, адаптация к жизненным условиям ослабевает, наступает ослабление энергетического потенциала, о них также можно говорить, что наступило слабоумие, личность изменилась, нередко значительно. Тем не менее такого рода больные приспособляются к жизни, работают, и через некоторое время у них даже отмечается известный профессиональный рост. В таких случаях выражение «слабоумие» будет неадекватным, не отражающим качество, особенности изменения. В подобных случаях в психиатрии принято выражение «дефект личности», термин, может быть, неудачный, но речь идет о снижении

уровня, о стойком изменении личности.

Или, наконец, наблюдаются тяжелые степени изменения всей личности, всей психической деятельности, при которых утрачивается способность к адаптации, утрачивается способность самостоятельно, целенаправленно разрешать жизненные задачи, в особенности, пользуясь новыми средствами, новыми способами. В этих случаях речь идет уже о, собственно, слабоумии, об изъёме, о снижении все психической деятельности на низшем уровне.

В клинике говорят об органическом слабоумии, об эпилептическом слабоумии, подчеркивая тем самым, что формы слабоумия по своей клинической картине не одинаковы, что нет слабоумия вообще, а есть отдельные синдромы (типы) слабоумия.

Вы видите, что в вопросе о слабоумии много неясного, как в самом понимании его, в определении слабоумия, так и дифференциации его форм. Тем не менее термины, понятия, которые мы употребляем в клинике, в общем адекватно отражают суть дела. Когда мы говорим, что у данного больного имеется снижение уровня личности, то каждый из нас понимает, о чем идет речь. Если мы говорим о шизофренической ремиссии с дефектом (выражение довольно тяжелое), то мы тоже понимаем, о чем идет речь. Когда мы говорим о шизофреническом слабоумии, органическом слабоумии, эпилептическом слабоумии, мы понимаем, что речь идет не только о количественном, но и о качественном расстройстве психической деятельности, расстройстве стойком, необратимом.

Слабоумие, дефект, снижение личности (я сейчас обо всем этом говорю вместе) проявляются негативными расстройствами, симптомами. В психиатрии, в психопатологии, как вы знаете, выделяют две формы расстройств, симптомов: негативные и позитивные, позитивные в смысле патологической продуктивности: галлюцинации, бред, навязчивость, депрессия или маниакальное состояние — симптомы патологически продуктивные, или, как их называют — патологически позитивные. Слабоумие же проявляется симптомами негативными, ущербом, изъёмом, выпадением, ослаблением энергетического потенциала, сужением кругозора, утратой интересов, утратой адаптации, утратой памяти и т.д. Это негативные расстройства, изъём, ущерб психической деятельности. Обычно и негативные, и позитивные симптомы в клинической картине проявляются вместе, в единстве. И тем не менее, наблюдая за больным, мы можем сказать: у него начало развиваться слабоумие. А ведь у больного в клинической картине на первом месте часто выступают позитивные симптомы. Почему же мы все-таки говорим, что он становится

слабоумным? Да потому, что при прогрессивном развитии слабоумия, при его нарастании изменяются и положительные, позитивные симптомы: галлюцинации бледнеют, содержание бреда становится все более абсурдным, бред распадается. Больной становится менее подвижным, более равнодушным, вялым, эмоциональные проявления его блекнут. Все это указывает на то, что у больного усиливается изъясн, распад его психической деятельности, то есть усиливаются, становятся более интенсивными проявления слабоумия.

В некоторых случаях психическое заболевание проявляется исключительно в виде негативных симптомов. Речь идет о простых формах разных болезней. Примером может служить простая форма шизофрении. О ней говорят, что она бедна симптомами, то есть бедна продуктивными симптомами. В этих случаях вся картина проявляется преимущественно изъясном — нарастанием тупости, падением энергии, падением творческих возможностей. Простая форма прогрессивного паралича тоже проявляется почти только негативными расстройствами. То же самое наблюдается при простой форме старческого слабоумия, клиническая картина которого проявляется только в негативных симптомах, в прогрессирующей амнезии, угрюмости, нарастающей эмоциональной тупости, в бездеятельности больных. Таковы простые формы психозов. Обычно все же те или иные продуктивные симптомы возникают, проявляются в течении простой формы, но они, как говорят, не делают погоды.

Простые формы редки, обычно болезнь проявляется и негативными симптомами одновременно. Больше того: некоторые болезни, возьмем ту же шизофрению, пожалуй, начинаются с негативных расстройств, а затем уже возникают и позитивные симптомы. Как начинается шизофрения, классическая шизофрения? Больной становится более замкнутым, более бедным эмоциональными проявлениями, его интересы сужаются, он делается менее активным. Одновременно с этим у него нарастают явления, предположим, астенические — раздражительная слабость или, допустим, явления навязчивости, фобии. И лишь потом — острая вспышка шизофренического возбуждения. На основании чего мы ставим диагноз шизофрении на этом раннем этапе болезни? Не только на основании навязчивости, но и на основании наличия изменения личности, наличия шизофренических изъяснов. Именно в этом проявляется закон диалектики: Ленин говорил, что кусочки эпилога проявляются раньше пролога. Применительно к психиатрии негативные симптомы в ряде случаев возникают раньше бурной манифестации психоза, бурного проявления продуктивных расстройств. Как видите, соотношение позитивных и негативных расстройств сложное, они выступают в диалектическом единстве. А при некоторых формах той же шизофрении негативные симптомы в начале

болезни не проявляются, в частности, периодическая шизофрения начинается как гром среди ясного неба, сразу с позитивными симптомами, а негативные симптомы во время первой и второй ремиссии не обнаруживаются, они начинают выступать с запозданием, позднее. Такая особенность говорит об ином типе течения, об иных патогенетических закономерностях.

Слабоумие классифицируют, разделяют на приобретенное и врожденное. Врожденное слабоумие — олигофреническое, его степени: идиотия, имбецильность, дебильность. Приобретенное слабоумие возникает в результате процессуальных психозов. Единой систематики, классификации приобретенного слабоумия пока еще нет. Приобретенное слабоумие разделяют больше по проявлениям: тотальное (классическим примером которого служит паралитическое слабоумие) и парциальное, или дисмнестическое (классическим примером служит артериосклеротическое слабоумие). При тотальном изменяется довольно быстро вся личность, расстраивается самосознание, исчезает критика, утрачивается, как говорят, ядро личности. Действительно, при паралитическом слабоумии индивидуальность быстро смывается развивающимся процессом. Паралитический тип слабоумия может возникнуть не только при прогрессивном параличе, но и при других грубо-органических заболеваниях. В этих случаях говорят о псевдопаралитическом слабоумии, указывая на то, что клиника слабоумия свойственна параличу, но возникло такое слабоумие не при прогрессивном параличе, а при другом грубо-органическом заболевании.

Представителем дисмнестического, или парциального, слабоумия является артериосклеротическое поражение головного мозга. При нем индивидуальность, ядро личности, самосознание разрушаются далеко не сразу, прежде обнаруживаются расстройства памяти, раздражительная слабость аффекта, аффективное недержание, резкое падение психической энергии. Самосознание же сохраняется долго, долго сохраняется критика к своему состоянию. Такое слабоумие наступает не только при артериосклерозе, но и при многих других заболеваниях — при тяжелых эндокринопатиях, при тяжелых интоксикациях с развитием энцефалопатических изменений, при травмах мозга, в некоторых случаях при опухолях.

Далее, выделяю формы слабоумия уже чисто по нозологическому признаку: сенильное (старческое) слабоумие, характеризующееся с самого начала изменением индивидуальности с угрюмостью, отрешенностью от настоящего, эгоцентризмом с явлениями прогрессирующей амнезии.

Выделяется эпилептическое слабоумие, характеризующееся необычной вязкостью мышления и аффектов, утратой

способности дифференцировать существенное и несущественное, утратой способности отражать абстрактные связи в действительности, чрезмерной конкретностью познания и изменением аффекта в виде готовности к эксплозивным вспышкам. Вам будут подробно излагать особенности всех этих видов слабоумия, когда будут читать об олигофрении, люэтических, артериосклеротических, старческих заболеваниях и эпилепсии. Поэтому я здесь лишь упоминаю обо всем этом.

Наконец, выделяют различные степени шизофренического слабоумия, начиная со снижения уровня личности (дефекта) до — в тяжелых случаях — действительной деменции. Правда, определения ее нет до сих пор. Сказать, чем характеризуется шизофреническое слабоумие, дать единое определение, дефиницию — невозможно. Каждый автор предлагает свое собственное определение. Миньковский говорит, что оно характеризуется утратой смысла, чувства реального; Конрад говорит об утрате энергетического потенциала, Ганнуш-кин любил характеризовать шизофренический дефект тем, что в нем отсутствует «сталь и резина» и имеется лишь «дерево и стекло»: больные-шизофреники деревянные и одновременно с этим хрупки, как стекло, но у них нет настойчивости («стали») и нет гибкости в приспособлении к реальной жизни («резины»). Но это только описательное определение. При шизофрении мы можем пока лишь перечислять и описывать возникающие изменения. В познании больных наступают особые изменения. Познание в норме идет от чувственного, конкретного к абстрактному, и вновь возвращается к конкретному, познавая при этом конкретное с гораздо большей глубиной после абстрактного обобщения. Этот путь к познанию у шизофреников нарушается. Они от простого, от конкретного переходят к отвлеченному, но возврат к конкретному на основе обобщения, объединения чувственного и абстрактного им не удастся, и они становятся глубокомысленными резонерами, «логистиками», оторванными от реальности.

При шизофреническом дефекте мы обнаруживаем удивительную парадоксальность — действительно «дерево и стекло». С одной стороны, они действительно тупы, но эта тупость сочетается у них с очень большой ранимостью, чувствительностью, уживается с ней. Они действительно утрачивают прежнюю энергию, но при некоторых формах шизофренической ремиссии, которая носит название гиперактивной, ги-перстенической, больные с шизофреническим дефектом становятся неутомимо деятельными, правда, такая деятельность осуществляется в одном направлении; они избирают колею и в этой колее могут работать, быть деятельными и очень продуктивными. Но стоит жизненным условиям измениться, стоит им выбиться из колеи, из раз и навсегда установленного стереотипа, и они сразу становятся беспомощными, ибо у них страдает адаптация, у них

нет того, что Ганнушкин назвал «резиной». Гибкость, адаптацию, приспособление они утрачивают. Они действительно делаются при наличии даже легкого шизофренического дефекта, при хорошей глубокой ремиссии удивительно односторонними. Это становится их особенностью, у них действительно утрачивается энергетический потенциал, имея в виде широту, приспособляемость, проявление душевной деятельности во всех направлениях.

Вы видите, что все приведенное — чисто эмпирическая, описательная характеристика. Сверх сказанного известно, сто приобретенные знания у больных шизофренией сохраняются, что расстройства памяти у них не наступает. Наличие расстройства памяти исключает диагноз шизофрении. Иногда их безразличие, их отрешенность, вследствие безразличия, от впечатлений реального мира, их рассеянность принимают за расстройства памяти. Истинных расстройств памяти у больных шизофренией не бывает. При шизофрении речь идет о поражении наиболее высоких уровней деятельности человеческого мозга. Больше сказать о шизофреническом слабоумии пока нельзя.

Теперь остановлюсь на общем значении психопатологических синдромов.

Прежде всего надо выяснить одно положение: совпадает ли понятие синдрома с понятием статуса больного? Исчерпывает ли синдром психический статус больного?

Мы знаем, что в норме при любом психическом акте принимает деятельное участие вся психическая деятельность. При, например, акте психического восприятия происходит не только чувственное познание предмета, но выражается и отношение к предмету — восприятие сопровождается тем или иным эмоциональным тоном; воспринимая предмет, явление, мы одновременно стараемся проникнуть и в его внутренние связи, в причину этого явления, то есть психическая деятельность в каждом нашем акте выступает как единство, как целостность.

Когда наступает расстройство психической деятельности, то в той или иной мере (в зависимости от вида расстройства) расстраивается вся психическая деятельность. Проявление любого расстройства, его симптомы внутренне взаимообусловлены. И поэтому, рассматривая статус больного, мы встречаемся всегда с единым, взаимообусловленным проявлением расстройства, с комплексом взаимообусловленных признаков, то есть с синдромом. Статус исчерпывается синдромом, комплексом взаимообусловленных отдельных признаков, отдельных симптомов болезни. Следовательно, понятия статуса и синдрома совпадают. Но надо всегда иметь в

виду то, что в одних случаях синдром (статус) бывает простым (иногда он сводится почти к моносиндрому, к 1—2 признакам), а в других он оказывается чрезмерно сложным. В таких случаях говорят о сложном, «большом» синдроме. Простой синдром свидетельствует об одном типе патогенеза, об одном типе расстройства психической деятельности, сложный синдром говорит о другом типе расстройства, генерализации процесса. Особенности синдрома информируют нас о патогенетических закономерностях, существующих в данный момент у больного.

К синдрому нельзя относиться как к чему-то застывшему, статическому, синдром — это этап развития болезни или звено цепной патогенетической, вернее патокинетической реакции, звено, которое господствует в данный момент. Вспомните такое состояние, как эпилептический припадок. Первый период: тревога, общее недомогание, состояние разбитости, тяжесть в голове. Далее наступает аура, потом наступают тонические судороги, затем клонические судороги, после которых развивается кома, потом сопор, кончающийся глубоким сном; дальше состояние олигофазии, амнестической афазии и наконец тяжелое астеническое состояние. Вы видите, следовательно, что эпилептический припадок состоит также из отдельных звеньев. Мы можем наблюдать больного в состоянии комы, но отдаем себе ясный отчет в том, что коме предшествовали судороги тонические, клонические, что кома последовала за судорогами, что кома — это одно из звеньев цепной реакции, что кома является следствием судорог и что кома предшествует сопору, кома сменяется сопором. При исчезновении сопора сознание больных, деятельность головного мозга будет восстанавливаться постепенно, и в последнюю очередь восстановится деятельность второй сигнальной системы, она еще долго будет работать несовершенно, у больного будет не хватать запаса слов, он будет проявлять амнестическую афазию. Последняя представляет звено закономерной реакции, и мы не высказываем удивления, рассматривая кому как звено судорожной цепной эпилептической реакции.

Припадок развивается быстро, на наших глазах. Но есть болезни, которые развиваются медленно. В таких случаях мы часто забываем сопоставлять синдромы так же, как мы это делаем при эпилептическом припадке, забываем потому, что синдромы здесь существуют долго, месяцы, а иногда и годы. Но закономерности здесь те же самые. Парафренное состояние, например, — это не особая самостоятельная реакция головного мозга, независимая от всех других реакций, нечто метафизическое, отдельное от всего. Оно — звено цепной реакции, которое сложилось в результате предшествующих изменений, паранойяльных, затем галлюцинаторно-параноидных, и которое таит в себе переход в конечное

состояние, в ту же шизофазию, симптом монолога.

Следовательно, каждый синдром является звеном цепной реакции, как ее называет Давыдовский (французы раньше говорили о саморазвитии синдрома), имея в виду, что каждый синдром не статичен, а развивается, переходит в другой.

Но переход одних синдромов в другие, естественно, происходит не хаотически, а закономерно, выражая тем самым закономерности внутримозговые.

Вспомните то, что я рассказывал о делириозном состоянии, о развитии делирия. Оно также представляет цепную реакцию. Сначала у больного инфекционной болезнью отмечается астения, дальше развивается состояние повышенного настроения, повышенной говорливости, наплыв ярких представлений, гипермнезия. Следующее звено — парейдолии, отдельные зрительные галлюцинации. Затем уже — истинный делирий, классический делирий со сценopodobными галлюцинациями. Если болезнь течет неблагоприятно, возникает следующее звено — мусситирующий делирий. Здесь вы видите также звенья, каждый статус есть результат предыдущего этапа, и он содержит в себе элементы будущего. Все происходит не хаотически, а закономерно.

Или возьмите этапы развития онейроидной кататонии: бред интерметаморфоза, фантастический бред, ориентированный онейроид — звенья развертывания онейроидной кататонии. Вы можете вмешаться в эту цепную реакцию своевременным назначением больших доз аминазина, и состояние не дойдет до выраженного онейроида, ограничится только фантастическим бредом или ориентированным онейроидом. Если же предоставить больного самому себе, если не вмешиваться в природу, цепная реакция будет развиваться.

Можно привести еще примеры закономерности стереотипа развития синдрома (патокинеза болезни). Например, динамика старческого изменения личности с резко развитым эгоцентризмом, сужением круга интересов, с постоянной угрюмостью, иногда с отдельными бредовыми идеями обнищания, ограбления. Дальше развивается корсаковское расстройство. Затем наступает прогрессирующая амнезия и наконец амнестическая афазия, сенсорная афазия, апраксия и моторная афазия — также по строгой закономерности.

Все закономерности развития синдрома клинически еще не исследованы, но чем больше мы будем приглядываться к течению, развитию психоза у больных, чем больше мы будем изучать больных в динамическом, в продольном плане, тем больше мы обнаружим закономерностей в течении болезни.

Хаоса в природе нет, так же, как и в патологии, и отдельных, изолированных расстройств тоже нет.

Надо сказать, что с пути динамического исследования нас «сбило» на статический, метафизический путь увлечение Бонгефферовской концепцией. Бонгеффер сделал очень много в психиатрии, но его экзогенные реакции вызвали односторонний подход к синдромам, к рассмотрению синдрома, как изолированной реакции мозга на ту или иную вредность. Инфекция дает, предположим, делирий. На тяжелую истощающую инфекцию мозг реагирует аменцией, на тяжелую интоксикацию мозг реагирует сумеречным помрачением сознания. Как будто мозг реагирует отдельными взрывами. Это неправильно. В каждом виде реакции мозга развивается последовательная смена состояний: одно состояние предполагает развитие другого состояния. По мере развития процесса, по мере прогрессивности процесса синдромы становятся все более и более сложными. Вспомните больного с делирием. Первоначально это — говорливость и гипермнезия, этим исчерпывается состояние больного. При ухудшении течения инфекции наряду с гипермнезией возникают парейдолии, состояние больного делается более сложным, а затем, еще дальше наступают зрительные сценopodobные галлюцинации и фрагменты чувственного бреда — картина становится все более сложной. Таким образом, при прогрессировании процесса любой синдром усложняется. Депрессивно-параноидная шизофрения начинается с подавленного настроения, с отдельных идей отношения, отдельных идей осуждения. Процесс продолжается, развивается бурный бред интерметаморфоза, за которым следует состояние с бредом осуждения, иллюзиями. Но по мере прогрессирования процесса выступает не только бред осуждения, но и фантастический бред величия. Следовательно, и здесь мы обнаруживаем ту же самую закономерность: усложнение клинической картины по мере прогрессирования болезни.

В этой особенности ничего нового нет: любая соматическая болезнь по мере своего прогрессирования становится все более и более полиморфной в своих проявлениях, «малые» синдромы, как говорит В.Х.Василенко, сменяются «большими» синдромами, т.е. картина болезни усложняется.

В психопатологии мы встречаем те же закономерности, которые свойственны всей патологии человека: клиническое усложнение картины выражается вовне, информирует нас своим языком о генерализации процесса, о вовлечении в страдание новых систем головного мозга, об усложнении расстройств высшей нервной деятельности.

Далее, каждой болезни свойственны не все синдромы, а

определенный круг синдромов. В этом и выступают патогенетические закономерности, свойственные данной болезни. Если мы возьмем такую болезнь, как неврастения, то ей свойственен один синдром: неврастенический, астенический. В некоторых случаях этот астенический синдром у людей с конституциональными особенностями может осложниться тревожной мнительностью, отдельными явлениями навязчивости. И все. Этими проявлениями неврастения и исчерпывается. То же самое может быть при истерических реакциях, при психогенно обусловленных явлениях навязчивости.

Но если мы присмотримся, как же проявляется маниакально-депрессивный психоз (классический), то мы обнаружим, что при маниакально-депрессивном психозе могут возникнуть и астеническое состояние, и явления навязчивости, и в некоторых случаях истерические реакции (они описаны), но наряду с этим для маниакально-депрессивного психоза свойственны депрессивное и маниакальное состояния. Следовательно, синдромов, которыми проявляется маниакально-депрессивный психоз больше, чем при неврастении.

При шизофрении мы все эти синдромы тоже наблюдаем. Шизофрения может протекать с астеническими состояниями, с навязчивостями, с депрессивными и маниакальными состояниями, но при шизофрении имеются еще синдромы: кататонический, паранойяльный, парафренный. Следовательно, комплекс проявлений шизофрении более широк, чем при маниакально-депрессивном психозе. И из этого мы можем сделать простой вывод, что и распространение процесса, и вовлечение мозга в страдание здесь также больше, чем при маниакально-депрессивном психозе.

Если мы возьмем симптоматические психозы — острые и протрагированные, или, как теперь говорят — промежуточные формы, мы там можем обнаружить, помимо синдромов помрачения сознания (делириозный, аментивный, онейроидный), еще и кататонические, параноидные и аффективные расстройства. Следовательно, симптоматические психозы по своему поражению головного мозга, по расстройству его систем, говоря обще, имеют более широкий диапазон, чем шизофрения. Этим всегда оперируем в своей практике.

Паранойяльный или кататонический синдром, если при маниакально-депрессивном психозе появляется, — возникают сомнения в диагностике маниакально-депрессивного психоза. Если при шизофрении появляется сумеречное помрачение сознания или делирий, мы будем сомневаться — действительно ли это шизофрения, не имеем ли мы перед собой случай

соматогенного психоза.

При genuинной эпилепсии диапазон расстройств еще больший, там могут возникать и ступорозные состояния, и бредовые (они описаны при эпилепсии), и аффективные; во многих случаях эпилепсия протекает даже с циркулярными расстройствами. Но сверх всего этого при эпилепсии имеются судорожные припадки.

Наконец, самый большой диапазон синдромов наблюдается при органических психозах. Здесь могут быть проявления и невротические, и аффективные, и галлюцинаторно-параноидные, и кататонические, возникают и припадки, и помрачения сознания, но сверх этого — тяжелые амнестические расстройства, а также то, что мы называем органическим психосиндромом: эйфория, сочетающаяся с аффективным недержанием и «размыванием» индивидуальности.

Таким образом, как вы видите, синдромы и нозология не находятся в какой-то механической связи; через объем участвующих в клинике болезни синдромов, через стереотип их развития, через патокинез познается нозологическая природа болезни. Поэтому так важна квалификация синдрома, так важна квалификация статуса, так важно установление смены синдромов, так важно установление всех синдромов, которые участвуют в клинических проявлениях данной болезни. Через это, сквозь это мы устанавливаем нозологическую природу болезни.

Как же определяется эта нозологическая самостоятельность болезни? У нас принято (и в учебнике 4 авторов так написано), что принцип систематики болезни должен строиться только на основе причин. Это неверное положение. Нозологическая самостоятельность болезни определяется единством причины и патогенеза, а следовательно, и клиникой, ибо клиника выражает механизм развития болезни, информирует нас о нем. Это мы знаем по практике, каждый из нас так поступает: при диагностике болезни он исходит из единства этиологии и патогенеза.

Представьте себе двух больных крупозной пневмонией. У обоих возникает помрачение сознания типа делирия. Вызывают психиатра, и он ставит в одном случае диагноз «симптоматический психоз», а в другом — «белая горячка». Спрашивается: почему? Психоз у обоих больных возник от одной и той же причины, от воспаления легких. Почему же, на каком основании психиатр ставит два диагноза? Потому, что он исходит из совокупности всех причин и всех условий развития болезни. У больного, у которого возникла белая горячка под влиянием крупозной пневмонии, клиническая картина болезни

другая и делирий протекает с иным клиническим выражением: он у него обнаруживает явления хронического алкоголизма, которые отражаются и в клинических проявлениях. А у другого больного нет алкоголизма, и делирий протекает по-другому; и клиника его другая, и негативные симптомы отсутствуют. Поэтому совершенно правильно поставлены два разных диагноза, хотя внешне больные заболели от одной и той же причины — от воспаления легких. Здесь психиатр исходил в своей нозологической диагностике из единства этиологии и патогенеза. У первого больного он считает, что производящей причиной было крупозное воспаление легких, у второго оно играло лишь роль разрешающего условия, а болезнь была подготовлена и вызвана алкоголизмом, но организм до поры до времени эту алкогольную интоксикацию компенсировал, а воспаление легких создало условия для ее манифестации, явилось разрешающим, пустило в ход уже предуготовленный хроническим употреблением алкоголя механизм.

Мы встречаемся с этим часто и в другой психиатрической практике, не алкогольной. Двое больных перенесли грипп, и у них возникли психозы: у одного в виде делирия, у другого в виде депрессивно-параноидного возбуждения с онейроидными расстройствами. А оба заболели после гриппа. Но психиатр ставит в одном случае диагноз-экзогенный гриппозный психоз, а в другом — периодическая шизофрения. Почему? Да потому, что клинические различия указывают на различный патогенез, на то, что в одном случае грипп стал причинным фактором, а в другом — грипп был лишь разрешающим моментом: болезнь уже подготовилась раньше, и у больного еще раньше наступили известные характерные (хотя и отдельные), но характерные для шизофрении изменения личности.

Если бы мы нашу нозологическую классификацию, систематику психических болезней, как и вообще всех болезней, строили только по этиологическому признаку, по причинному признаку, то у нас бы не было таких психозов, как психозы на почве сифилитического эндартериита головного мозга, психозы на почве гуммы головного мозга, экзогенные сифилитические психозы, прогрессивный паралич. Все эти болезни мы должны были бы просто назвать сифилитическими психозами. Но могли бы мы их так называть? Конечно, нет, ибо каждый из перечисленных психозов имеет свою клинику, следовательно, имеет свой патогенез, свое течение и свой исход. Наша нозологическая классификация строится, повторяю, на единстве этиологии и патогенеза. Этиология — сифилис. А патогенез — например, поражение паренхимы головного мозга и соответствующее выражение в клинике — дал возможность выделить отдельную нозологическую единицу — прогрессивный паралич. А если бы мы построили свою классификацию только по этиологическому принципу, нам не нужна была бы клиника,

бог с ней, с клиникой! Раз больной заболел от сифилиса, значит, у него сифилитический психоз, и неважно, как он протекает, как он выражается и чем кончается. А ведь для практики, для познания болезни, для познания патологии нам именно это важно, ибо каждая причина, вызывающая болезнь, действует не непосредственно, а через внутренние условия, через внутреннее состояние организма, и поэтому в одних случаях причина вовсе не дает инфекции, а в других случаях вызовет болезнь abortивную, в третьих — болезнь острую, но проходящую, в четвертых — вызовет болезнь хроническую, ибо болезнь складывается в зависимости не только от причины, но и от состояния, высшей нервной деятельности, которые изменяют действие причины. И помните, я об этом и говорил, что велика была заслуга Модзли, который показал, что клиническая картина психоза вовсе не зависит только от одной вредности, а зависит, например, от возраста больного. У детей раннего возраста, первых лет жизни, все причины вызывают однотипный психоз, протекающий с возбуждением, а в школьном возрасте — с галлюцинациями и только позднее — с бредом. И только по мере дифференцировки головного мозга, окончания его развития, становится разнообразной и картина психических расстройств. Это указывает на то, что картина психических расстройств является выражением расстроенной деятельности мозга, а не только причины; причина действует через мозг опосредованно.

Теперь несколько слов о систематике, о классификации психических болезней. Это тоже общие вопросы психопатологии.

Все упрекают медиков вообще и психиатров в особенности, что их классификация болезней построена не по одному принципу, что она удивительно пестра, что в ней не сведешь концы с концами. Так ли это? Это не совсем так. Классификация психических болезней отражает историю развития учения о психозах и современное состояние вопроса. Ни больше ни меньше. И в ужас и в панику впадать от ее несовершенства нельзя, она отражает уровень развития науки.

Что же есть в классификации психических болезней? Есть, если несколько схематизировать, три группы болезней.

Представителем одной группы является прогрессивный паралич, знаменитое заболевание, утвердившее, как говорят, нозологический принцип в психиатрии. Чем оно совершенно, это заболевание? Оно совершенно многим. Мы знаем здесь этиологию — сифилис. Мы знаем здесь патогенез, или, во всяком случае, морфогенез, мы знаем, что прогрессивный паралич — это есть такое сифилитическое заболевание, при котором спирохеты проникают в паренхиму головного мозга. Мы знаем

клинику прогрессивного паралича. И мы теперь умеем его более или менее совершенно лечить. Значит, здесь принцип нозологической систематики выдержан: здесь налицо единство этиологии, патогенеза, клиники и даже терапии, восстановления.

Но есть другие болезни, например, старческое слабоумие или алкогольные психозы. При старческом слабоумии, каковы наши знания? Они на другом уровне. Мы знаем здесь морфогенез, знаем, что в основе старческого слабоумия лежит атрофия головного мозга. Мы знаем условия этой атрофии:

поздний возраст. Значит, ряд закономерностей патогенеза мы знаем. Но не знаем этиологии — почему оно возникает, это старческое слабоумие. Этого мы не знаем.

Алкогольные психозы. Здесь мы знаем этиологию: они возникают от хронического пьянства, но патогенеза отдельных психозов мы не знаем, не знаем, почему у одних возникает белая горячка, у других — острый алкогольный галлюциноз, у третьих — хронический. Здесь наше знание патогенеза крайне несовершенно.

И, наконец, у нас есть болезни, где мы знаем только клинику: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Здесь нам неизвестны ни этиология, ни патогенез, известна только клиника. Но что это такое? Это этап развития психиатрии, это исторический этап познания человеком сущности, природы психозов. А почему это этап, спрашивается? Не произвольно ли это сказано? Нет. Помните, как началось исследование прогрессивного паралича? Он был выделен сначала клинически. Мы знали его клинику, и на основании клиники психиатры утверждали в течение десятков лет, что это самостоятельная болезнь. Патогенетические исследования изменения паренхимы головного мозга, развития новообразования сосудов, воспалительных изменений подтвердили, что такого рода изменения головного мозга наступают именно при этой болезни, а больше ни при каких. Клиника получила подтверждение в патогенезе. А когда в головном мозгу были обнаружены спирохеты, то закончилось завершение исследования. Клиника (исторически) оказалась объективной истиной, патогенез и этиология ее не опровергали. Диагностика прогрессивного паралича стала, быть может, уже точнее, но его клиника осталась неизменной, неопровергнутой. Надо думать, что и познание природы всех остальных болезней будет протекать по таким же этапам, и когда-нибудь в шизофрении откроются и будут исследованы все особенности ее патогенеза и этиологии. И это исследование, надо думать, так же, как и при регрессивном параличе, не опровергнет ее клиники, ибо это этап в развитии любой науки. Всякое исследование начинается с

описания, сравнения, дифференциации, а затем уже исследование спускается на более глубокий уровень: исследование механизма болезни. Для исследования механизма болезни, так же, как и при прогрессивном параличе, необходимо привлечь других специалистов — анатомов, нейрофизиологов и др., как было при прогрессивном параличе. Там понадобились более простые исследования. При шизофрении, вероятно, потребуются более сложные исследования, более сложные методы, чем для прогрессивного паралича. Но тем не менее эти исследования, когда они достигнут своих результатов, обогатят клинику, а не опровергнут ее. Мы говорим, что возможности клиники ограничены пределами других закономерностей, и это не значит, что они опровергают исследование клиники. Наоборот, они его утверждают. Без предварительного клинического исследования, без подбора одинаковых больных невозможны лабораторные исследования. Обобщение полученных лабораторных данных без сопоставления с клиникой невозможно. Отправляясь от клиники, лабораторные исследования будут возвращаться к клинике, уточняя ее на основе исследования многих сторон патогенеза. Некоторые относятся пренебрежительно к клиническому исследованию. Но без него патогенез и этиологию болезни познать нельзя. Обсуждая взаимоотношения клиники и лаборатории, историк медицины Гардиа пишет, что все великие физиологи (это было еще до Павлова) от эксперимента переходили к клинике, ища в ней ответ на волнующие вопросы. Гардиа пишет: «У постели больного экспериментаторы, чрезвычайно искусные в опытах, производимых ими на животных, могут, конечно, рассуждать, гадать, предполагать, но не более того; между тем как клинический врач, продолжительная опытность которого приучила к наблюдению, воспользуется своими природными орудиями и скажет о том, что происходит и что случится у больного». Заканчивает он таким образом: «В общем, вся медицина сводится к клинике, и когда забывает эту основную истину, свет гаснет, почва уходит из-под ног; мы погружаемся в необъятный мрак. Таков полезный урок, который мы извлекаем из истории медицины и ее отдельных дисциплин».

Всякого рода исследование патогенеза новейшими методами необходимо, но оно может производиться только при отпавлении от клиники и при возвращении к клинике.

Лекция 8. Симптом, синдром, болезнь

Лекции по общей психопатологии
Снежневский А.В.

Если США по праву называют второй родиной фрейдизма, то Советский Союз с полным основанием может считаться второй родиной традиционной клинической психиатрии. Синтез и дальнейшее развитие классической французской, немецкой, английской и русской психиатрии осуществляется именно советской психиатрией.

Клиническую психиатрию американские психиатры называют обычно феноменологической. Это верно лишь отчасти и только в отношении одного из этапов развития клинической психиатрии. При этом имеются в виду исследования К.Ясперса и его последователей — психопатологов и патопсихологов, а в новое время — работы психиатров экзистенциалистов. В предшествующее этому этапу развития время и в последующем в психиатрии преобладали динамические теории.

Под феноменологическими теориями в науке, как известно, понимают такие, которые ограничиваются описанием внешних сторон описываемых явлений и не пытаются исследовать внутренние причины, обуславливающие свойства этих явлений. Под динамическими теориями понимают те, которые не ограничиваются описанием внешних сторон исследуемых явлений, а пытаются вскрыть внутренние причины, обуславливающие соответствующие свойства явлений. В любой научной дисциплине, в зависимости от совокупности условий, на одном этапе развития доминируют феноменологические теории, на другом — динамические (РААронов).

Господствующие в психиатрии динамические теории, как в прошлом, так и теперь, не были одинаковы. Психоаналитическая теория Фрейда и психобиологическая теория Адольфа Майера также относятся к динамическим теориям. К динамической теории, в свою очередь, принадлежат и направления, развиваемые в советской психиатрии, в частности распространенное — клинко-патогенетическое. Оно заключается в трактовке проявлений болезни («картины болезни») как внешнего выражения (своеобразного кода) патогенетических и патокинетических механизмов болезни. Цель рафинированного описания и изучения симптомов и синдромов болезни заключается в познании через них природы болезни в ее развитии.

Теоретической основой современного клинко-патогенетического направления советской психиатрии служат положения общей патологии болезней человека. Современные оригинальные концепции патологов — И.В. Давыдовского и отчасти С.Н. Давиденкова в извлечении предпосылаются ниже.

Болезни — это видовые формы реакции на внешнюю среду. Болезни — такой же продукт эволюции, как и весь организм, его физиологические системы, его биологические и социальные потенциалы. Приспособительная изменчивость, отбор, выживание наиболее приспособленных включает и существование различных форм болезней. Любая причина болезни вызывает те или иные ее проявления («картины болезней») только через посредство эволюционно сложившихся, иначе, исторически предуготованных физиологических

механизмов. В результате бесконечного повторения они путем закрепления в потомстве сложились в стереотипы. Шизофрения и эпилепсия, например, обладающие очень варьирующей наследственной проявляемостью, возникли в человечестве очень давно, возможно, они были и у доисторического человека.

Человек — существо социальное, и этиология его болезней всегда социально обусловлена. Но социальная этиология болезней человека не совпадает с их сущностью. Этиология голодания человека социальна. Сущность процесса голодания — биологическая. Любая внешняя вредность рано или поздно утрачивает свое значение в развитии заболевания. Ка-уза экстерна неизбежно становится кауза интерна. Воздействие высокой температуры при ожоге обычно длится несколько долей секунды. Возникающие вслед за ним явления представляют собой очень сложную разветвленную цепь физиологических, морфологических и других актов, образующих стереотипную картину болезни — ожога. Вредности не могут ни породить в организме, ни вызвать в нем ничего сверх того, что у него содержится в виде исторически развившихся потенций. Патогенетические механизмы болезни эволюционно строго запрограммированы, как все биологические феномены. Такая программа сложилась исторически, эволюционно, отражая многовековой опыт приспособления человека к факторам внешней среды. Вредности производят те или иные стереотипы, т.е. картины болезни, только через посредство исторически предуготованных физиологических механизмов. Картина любой болезни отражает историческую тренированность тех или иных функциональных систем, обусловленную длительным воздействием на организм соответствующих факторов. Каковы бы ни были виды вредности, они в состоянии вызвать лишь соответствующие, т.е. адекватные им изменения в организме. В самом организме должно быть «внутреннее основание» для таких изменений, т.е. функциональная готовность, определяющая возможность развития тех или иных процессов.

В индивидуальной жизни причины могут быть совершенно случайными — травма, инфекция, канцероген. В противоположность этому патогенетические механизмы болезни являются принадлежностью вида. Они закономерны, устойчивы, консервативны. Патогенез детерминирует возникновение процесса, его цикл и завершение. Наличие в организме определенно сконструированных и определенно функционирующих механизмов обуславливает возможность или невозможность развития соответствующих патологических процессов. Эта возможность, как и всякое другое биологическое предрасположение, становится действительностью в результате воздействия соответствующих внешних факторов.

Связь причины и действия не линейный, а всегда

многосторонний, структурно-сложный процесс, формы причинных связей в органическом мире являются исключительно сложными. Причина неотделима от действия.

Таким образом, действие болезнетворной причины опосредуется организмом, его сложившимися в процессе эволюции приспособительными механизмами. Клиническая картина болезни, последовательность ее видоизменения выражает вовне цепную реакцию организма. В основе патогенеза лежат глубоко автоматизированные «цепные» механизмы, действующие по принципу саморазвития, самодвижения, как и все физиологические механизмы. «Цепной характер процессов» — это фундаментальный принцип патогенеза. Патогенез включает, собственно, два момента — генез, т.е. возникновение патологического явления, и кинез (патокинез), т.е. развитие возникшего явления в направлении того или иного (общепатологического или нозологического) стереотипа. Динамическое, по типу цепной реакции, развертывание физиологических, морфологических, биохимических реакций, отражающее функциональное состояние организма к моменту заболевания, связано с ближайшим и отдаленным анамнезом человека, с его онтогенезом. Наряду с индивидуально обусловленной особенностью проявления и течения болезни, общность биологических, социальных факторов, факторов питания, обмена в какой-то мере нивелирует индивидуальное разнообразие, сообщая болезни общечеловеческие черты, тот стереотипный механизм их развития, который позволяет объединять индивидуальные заболевания в нозологические формы. Нозологическая самостоятельность болезни образуется в результате единства ее этиологии и патогенеза. Нозология интегрирует отдельные случаи, знает только общие формы, стереотип их развития. Она отражает объективные трудности индивидуального и видового приспособления. Нозология не схоластическое упрощение вещей. Нозологические формы болезней иллюстрируют наиболее существенные факторы, складывающиеся причинные отношения. Нельзя лечить отдельного больного, не имея общих представлений о болезни как о нозологической единице, не зная общих закономерностей, порождающих болезнь (социальные, профессиональные, бытовые, географические факторы и др.).

Сложность, разветвленность патогенетических механизмов обуславливает важнейшую предпосылку исключительного разнообразия форм нозологически самостоятельных болезней. Индивидуально и наследственно обусловленное преломление воздействий внешней среды на организм представляет важнейшую биологическую основу разнообразия форм болезней.

Специфичность нозологически самостоятельных болезней относительна. Специфичность имеет отношение лишь к

целостным реакциям и процессам, а не частным явлениям. Воспаление как целостная реакция специфично и отлично от процессов атрофических, дегенеративных, новообразования. Частные процессы — туберкулезные, лепрозные, сифилитические, бруцеллезные гранулемы подчас неотличимы ни гистологически, ни цитологически. Выделение инфекционных болезней из числа прочих (неинфекционных) осуществляется достаточно произвольно, игнорируя принцип относительности. Нет ни одного симптома или синдрома, который был бы абсолютно инфекционным. В зависимости от экономного использования приспособительных средств (патогенетических механизмов) организм в ряде случаев на действие разных вредностей отвечает одинаковым способом — эквивалентно.

Симптом и синдром

Болезнь включает в себя представление о некоторой группе патологических расстройств, и без них она не существует. Любая болезнь, в том числе и психическая, проявляется не в виде отдельных разрозненных признаков — симптомов, а в форме синдромов, т.е. типичной совокупности внутренне связанных симптомов (синдром — совместный бег симптомов). Синдром представляет собой систему взаимосвязанных типовых расстройств — симптомов (элементов), подчиненных некоторому особому закону. Симптом вне этой системы не имеет смысла.

Синдром с точки зрения данного момента статичен (статус презенс), с точки зрения отрезка времени — динамичен. Любой процесс, в том числе и патологический, всегда обращен в будущее. Развитие болезни сопровождается увеличением числа симптомов и изменением их взаимоотношения, а также возникновением новых симптомов, что приводит к видоизменению картины болезни, превращению одного синдрома в другой. Познание болезни не может ограничиться знанием ее причин, не менее важно знание связей состояния (смены синдромов) болезни, закономерностей, по которым одно состояние переходит в другое.

Причина болезни и последовательность смены синдромов отражают разные стороны патологического процесса. Особенности патологического процесса определяют характер связи его состояний, и наоборот, характер связи состояний того или иного патологического процесса предполагает его определенное причинно-следственное отношение.

Синдромы и последовательность их смены выражает во вне особенности патологических изменений деятельности головного мозга («внутренние начала болезни» Модели) и закономерность их развития («логику мозгового процесса» Шюле) — патогенез

болезни.

Из синдромов и их последовательной смены складывается клиническая картина болезни в ее развитии. Иначе, болезнь проявляется непрерывной сменой синдромов — внешнее выражение патогенетической цепной реакции. Клиническому проявлению каждого нозологически самостоятельного психического заболевания свойственно преобладание одних синдромов над другими и характерная закономерность их смены — стереотипный механизм развития болезни. Всем болезням, а психическим в особенности, присущи разнообразные индивидуальные отклонения от стереотипа. Тем не менее, несмотря на подобные отклонения, типичность в преобладании одних синдромов над другими и повторяемость их последовательного возникновения, свойственная каждому отдельному психическому заболеванию, сохраняется довольно прочно. Последнее и позволяет клинически выделить отдельные психические болезни (нозологические единицы).

Общепатологические закономерности

Стереотип развития болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням стереотипа и стереотипа нозологического, присущего отдельным болезням (И.В.Давыдовский).

Каждая психическая болезнь, исходя из особенностей своего развития и, следовательно, вне зависимости от нозологической принадлежности, может проявиться различными расстройствами. Из такого положения вытекает необходимость обнаружения общих всем психозам закономерностей. В прошлом подобные закономерности изучались представителями учения об едином психозе (Киаруджи, Целлер, Гризингер, Шюле и др.). Ими было обнаружено, что каждое психическое заболевание начинается с депрессии, по мере утяжеления сменяется маниакальным состоянием, далее становится бредовым и в результате дальнейшего прогрессирования заканчивается деменцией. Изучение общих закономерностей последователями учения об едином психозе было ограничено историческими условиями. Оно исчерпывалось исследованием только тяжелобольных, находившихся в стенах психиатрических убежищ того времени. Последующие наблюдения, осуществленные уже и в психиатрических амбулаториях, обнаружили, что все психические болезни на первых порах своего развития проявляются астеническими, аффективными, невротическими, а в дальнейшем паранойяльными и галлюцинаторными расстройствами, помрачением сознания, грубоорганическими явлениями. Любой патологический процесс, однажды возникнув, развивается по типу цепной реакции, включая в работу звено за звеном, сохраняя при этом

фазы и периоды своего развития. Из современной теории надежности технических и живых систем следует, что при всех отказах работы система, отказывая полностью, обязательно проходит все фазы частичного отказа. Процессы, связанные с отказом, непрерывны во времени (И.А.Ушаков).

В таблице (см.) приведены типизированные синдромы, возникающие в течении всех психических болезней. В своей совокупности они представляют шкалу тяжести, генерализации психического расстройства, а их последовательная смена отражает общепатологический патокинез. В своем типизированном виде перечисленные формы психического расстройства не могут идентифицироваться ни с непосредственным выражением действия причины болезни, ни с самостоятельными классами нозологической классификации психических заболеваний. В особенностях развития отдельной болезни обнаруживаются общие для всех болезней закономерности. К ним относится нарастающее по мере развития любой болезни усложнение клинической картины, ее проявлений — последовательная смена малых (простых) синдромов все более сложными (большими).

В понятие «малые и большие синдромы» вкладывается различие степени генерализации патологического процесса — вовлечение в страдание одного органа, одной системы органов или нескольких органов и систем, что и находит свое выражение в однородности или сложности клинической картины болезни.

Клиническая картина любого прогрессирующего психического заболевания, вне зависимости от того, протекает ли оно непрерывно или в виде приступов, или, наконец, периодически, но с ухудшающимся качеством ремиссий, всегда по мере развития болезни усложняется. Первоначальное клинически однородное состояние (астеническое, депрессивное, obsessивное, истерическое, паранойяльное и т.д.) при прогрессивном течении болезни становится все более сложным. Типичным примером подобного усложняющегося течения может быть систематизированное галлюцинаторно-параноидное помешательство Маньяна (современная параноидная шизофрения). По мере прогрессирования этого психоза однородное паранойяльное состояние стереотипно сменяется более сложным галлюцинаторно-параноидным с разнообразными симптомами синдрома Кандинского—Клерамбо, а в дальнейшем еще более сложным — парафренным. В это время клиническая картина болезни складывается из бреда преследования и физического воздействия, разнообразных явлений психического автоматизма, грезоподобного мегаломани-ческого бреда и выраженных в той или иной мере аффективных расстройств.

Усложнение клинической картины психоза, как выражение прогредиентного расстройства психической деятельности обосновывается также сопоставлением клинической картины депрессивных и маниакальных фаз циркулярного психоза и приступов шизоаффективного психоза. Клиническая картина приступов шизоаффективного психоза, в отличие от однородной картины маниакально-депрессивного психоза, как правило, представляет большой синдром. Он обычно складывается из аффективных расстройств, грезоподобного фантастического бреда и онейроидно-кататонических расстройств.

Существование сложных синдромов подтверждается и особенностями эффективности терапии некоторыми психотропными средствами. Лечение хлорпромазином депрессивно-параноидных приступов шизоаффективного психоза приводит к исчезновению или ослаблению бреда и галлюцинаций при неизменной или почти неизменной депрессии. Назначение в этих же состояниях тофранила явно ослабляет или устраняет депрессию, но оставляет, а иногда даже усиливает проявление бреда и галлюцинаций. В том и другом случае происходит расщепление сложного синдрома на простые, вследствие воздействия на отдельные звенья патогенеза.

Обозрение простых (малых или однородных) синдромов (к ним относится астенический, депрессивный, маниакальный, истерический, обсессивный синдромы, паранойяльный синдром, вербальный галлюциноз, синдромы помрачения сознания, амнестический) показывает, что каждый из них может усложняться за счет другого. Так, депрессия может стать параноидной, галлюцинаторно-параноидной. На высоте депрессивно-параноидного состояния возникает онейроидное помрачение сознания, ступор. Описываются депрессивно-амнестические состояния. Маниакальный синдром в течении разных болезней нередко усложняется присоединением кататонно-онейроидных расстройств, конфабулеза, экспансивно-фантастического бреда, бреда физического воздействия, явлений психического автоматизма. Картина делирия изменяется, становится сложной в результате возникновения аментивных расстройств. При астеническом состоянии возникают явления депрессии, абсессий.

В усложнении клинической картины психозов по мере их прогрессирования проявляется общий принцип развития. Простое — это исходное в процессе развития, менее развитое, представляющее более низкую ступень развития по сравнению со сложным. Сложное — это конечное в ходе того же процесса развития, более развитое, высшая ступень развития.

Клиническая картина психоза, обнаруживаемая в данный

момент у больного, всегда является продуктом предшествующего развития болезни и одновременно содержит в себе предпосылки особенностей дальнейшего ее течения. Клиническая картина психоза, складывающаяся из сочетания аффективных расстройств, онейроидно-кататонических явлений и фантастического бреда, как правило, указывает на ремиттирующее или интермиттирующее его течение. Напротив, систематизированный бред, идеи физического воздействия в сочетании с явлениями психического автоматизма говорят о тенденции к непрерывному хроническому течению болезни. При наступлении выздоровления или ремиссии изменение клинической картины происходит в противоположном ее развитию направлении. Сложные (большие) синдромы постепенно становятся все более простыми (малыми).

Смена простых синдромов все более сложными происходит не хаотически. Как бы ни усложнялся тот или иной синдром, он, как правило, продолжает сохранять, если так можно выразиться, свою родовую принадлежность. Бред, онейроид, ступор, явления психического автоматизма, усложняющие депрессию, будут иного качества, отличного от таких же расстройств, возникающих тоже в виде усложнения, но иного, например, паранойяльного нарушения. Депрессия в приведенном случае до конца будет оставаться ведущим расстройством. Иначе, сложные формы психического расстройства предопределяются особенностями изменения, свойственного простым формам (низшему уровню развития психической патологии). То же самое наблюдается и при усложнении всех других малых синдромов. Но ведущее расстройство в зависимости от конкретных условий развития болезни в отдельных случаях на некоторое время может быть заслонено усложняющими клиническую картину симптомами. Депрессия, например, в инициальном периоде развития прогрессивного паралича может настолько доминировать в клинической картине, что органические симптомы обнаруживаются не сразу.

Перечисленные синдромы названы по особенностям патологически продуктивных образований. Но синдром, помимо патологически продуктивных (позитивных), содержит и негативные элементы (деструктуризация, дефект, выпадение). Те и другие возникают в единстве, между ними наличествует органическая связь, они образуют особенность структуры отдельных синдромов.

Идея такого рода взаимозависимости позитивных и негативных расстройств впервые была высказана и развита Джексоном.

Клиническое исследование психопатологических синдромов обнаруживает соответствие определенным позитивным расстройствам столько же определенных негативных.

Астеническим, аффективным, невротическим, паранойяльным позитивным проявлениям соответствуют негативные расстройства в форме временной или стойкой дисгармонии личности. Гал-люцинаторно-параноидным, фантазиофрени, кататоническим расстройствам — те или иные явления ее регресса, судорожным и психоорганическим — деменция (см. таблицу).

Вместе с тем негативные и позитивные расстройства не тождественны. Негативные расстройства могут обнаруживаться без или почти без позитивных. Позитивные симптомы чрезвычайно вариабельны (зависят от возраста, пола, особенностей психического развития, исходного состояния психической деятельности), негативные достаточно инвариантны.

Приведенные данные можно рассматривать лишь как продолжение поиска общих закономерностей расстройства психической деятельности, начатого последователями учения об едином психозе и продолженного Джексоном, Крепелином, в настоящее время развиваемых, в частности, Анри Эй.

Попытка отвлечения, абстрагирования необозримого разнообразия нозологических и индивидуальных форм психического расстройства преследует цель обнаружения общих для всех болезней расстройств, обусловленных внутренними особенностями строения и функций головного мозга. Общая патология болезней человека владеет учением о лихорадке, воспалении, новообразованиях и др., в общей психиатрии такого рода разделы учения о психической патологии еще отсутствуют. Вместе с тем от успеха такого изучения зависит процесс исследования патогенеза отдельных психических болезней. Последнее и определяет необходимость исследования соотношения в патологии психических болезней человека всеобщего (общепатологического), особенного (нозологического) и единичного (индивидуального). «... всеобщее — такое, которое воплощает в себе богатство особенного, индивидуального, отдельного...» (Гегель).

Нозологические закономерности

Общепатологический стереотип развития не противоречит, не отменяет нозологию, а вооружает ее. В практике психиатр непосредственно обнаруживает не общие закономерности психической деятельности, а свойственную данной болезни их реализацию. Не просто астению, а астению неврастеническую, артериосклеротическую, паралитическую; не слабоумие вообще, а эпилептическое, сенильное или олигофреническое.

Каждой нозологически самостоятельной болезни свойственен

типичный для нее синдром, которым она проявляется (смотри таблицу). Клиническая картина маниакально — депрессивного психоза исчерпывается аффективными, астеническими и обсессивными расстройствами. При шизофрении круг синдромов шире. В течении шизофрении возникают не только астенические, аффективные, обсессивные и истерические расстройства, но и паранойяльные, галлюцинаторно-параноидные, явления психического автоматизма, парафренические и кататонические. Круг синдромов еще шире у симптоматических психозов — острых и особенно пролонгированных. Помимо названных расстройств, клиника их характеризуется состояниями помрачения сознания. Еще разнообразнее клиническая картина эпилептических психозов, в течении которых наряду с разнообразными судорожными и другими пароксизмами могут наступать галлюцинаторно-бредовые, ступорозные и аффективные расстройства. Наконец, наибольший полифренизм клинических проявлений обнаруживается при грубо-органических психозах. В их течении могут возникнуть любые из известных синдромов.

Попытка обнаружения сути нозологической специфичности в результате поисков на наиболее глубоком уровне жизнедеятельности больного организма оказалась безрезультатной. «Специфичность удаляется от нас еще дальше по мере того, как мы углубляемся в социологические детали, в область электронной микроскопии» (И.В.Давыдовский). Морфологические изменения головного мозга, например при шизофрении, не только не специфичны, но обнаруживают исключительное сходство с такими же изменениями у пораженных лучами рентгена и радия (П.Е.Снесарев).

Исследования М.Е.Вартаняна с сотрудниками установили, что у больных тяжелыми формами шизофрении, а также у страдающих болезнью Пика и у облученных в крови обнаруживаются аномальные метаболиты, которые одинаково: а) вызывают выраженную задержку развития экспериментальных животных, б) обладают антимитотическим действием, в) нарушают нормальные стрессовые реакции, г) в организме тех и других больных развиваются аутоиммунные реакции, д) возникают свободно-радикальные соединения.

Из обнаружения на глубоком уровне жизнедеятельности организма нозологически неспецифических расстройств вытекает следующее:

1. На глубоком уровне расстройства жизнедеятельности организма нозологическая специфичность патологии нивелируется. Речь в этой области идет об особенностях функционирования элементарных механизмов надежности

живых систем.

2. Нозологическая специфичность болезни проявляется не в элементарных процессах, а в особенностях расстройства всего организма как целого.

3. Идентичность расстройств, установленных у больных столь различными болезнями, свидетельствует о существовании общих закономерностей патологии не только для нозологически разных психозов, но одинаково для всех болезней человека, в том числе и психических.

4. Невозможно также разделение болезней, в том числе и психических, на функциональные и органические. Современные морфологические исследования, осуществленные на субклеточном и молекулярном уровне, обнаружили, что структурные изменения предшествуют расстройству функций, то есть чисто функциональных изменений не существует. Разделение психических расстройств на полностью обратимые и необратимые также весьма относительно. Из общей патологии болезни человека следует, что при выздоровлении от болезни полного возвращения организма к прежнему, существовавшему до болезни физиологическому состоянию не происходит. Наиболее элементарным примером последнего может служить развитие иммунитета в результате перенесенного инфекционного заболевания.

Индивидуальная реализация болезни

Из общей патологии известно, что в биологических процессах даже самые ничтожные сдвиги в комплексе каузальных отношений могут дать совершенно новые результаты. Индивидуальность как качественная категория имеет здесь первенствующее значение, она делает каузальные связи неповторимыми (И.В.Давыдовский). Индивидуальное преломление патогенетических факторов превращает абстрактные нозологические категории в совершенно конкретные явления с широчайшим диапазоном отклонения.

В особенностях симптомов психической болезни проявляются особенности патологического изменения всей личности больного. Количество симптомов болезни зависит от особенностей личности больного, ее индивидуальных свойств, предшествующих наступлению болезни изменений, возраста. На последнюю особенность указывал еще Модели. Так, в раннем детстве психическое расстройство вне зависимости от его природы проявляется лишь в форме двигательного возбуждения; галлюцинации и бред в этом возрасте отсутствуют. Примерно в дошкольном возрасте наряду с возбуждением появляются галлюцинации, а в подростковом возрасте становится

возможным и возникновение бреда. Известно, что в пресенильном возрасте в клинической картине всех психозов преобладают тревожно-депрессивные симптомы, а в старческом — амнестически-конфабуляторные. Перенесенные в прошлом заболевания также видоизменяют клиническую картину возникшего клинического расстройства. Видоизменяют проявления и исходное состояние психической деятельности, и все особенности личности заболевшего — конституциональные, приобретенные в течение жизни.

Психопатологические расстройства и нозологические формы

Негативные расстройства	Позитивные расстройства	Нозологические формы
	Астенические	
	Аффективные	
Дисгармония личности (психопатоподобные изменения)	Невротические (обсессивные, истерические, деперсонализационны е и др.)	Маниакально- депрессивный психоз
	Паранойяльные	
	Галлюциноз вербальный	
Регресс личности (падение энергетического потенциала, дискордантность, расщепление и т.п.)	Галлюцинаторно- параноидные	Шизофрения
	Фантазиофренические	
	Кататонические	
	Помрачение сознания	Экзогенные острые и продолжительны е психозы
острая	Судорожные	Эпилепсия
Деменция	Психоорганические	Грубо- органические психозы
хроническая		

При установлении особенностей психического расстройства исследователь сквозь индивидуальное стремится проникнуть к общим закономерностям и, установив их, возвращается вновь к индивидуальному их видоизменению, конкретному выражению у данного больного. Этот путь исследования и реализуется в своем

конечном результате в диагнозе болезни и диагнозе больного.

Клинические методы и лабораторные исследования

Современное изучение природы болезни на всех уровнях жизнедеятельности организма — мультидисциплинарное исследование — осуществимо лишь при условии исследования клинически сопоставимых случаев.

Наибольшая ошибка в оценке любого лабораторного исследования возникает тогда, когда ему не предшествует тщательное и всестороннее изучение клинических явлений посредством наблюдения естественного хода болезни. Клиническое исследование невозможно противопоставлять ни лабораторному исследованию, ни экспериментальному. Проведение эксперимента безрезультатно без предварительного изучения явления, как оно выглядит у постели больного. Любому лабораторному исследованию должны быть предпосланы наблюдение, подбор сопоставимых случаев. Клиническое наблюдение должно предшествовать и подчинять себе все лабораторные и экспериментальные исследования. Сначала наблюдение, далее обобщение и идеи и, наконец, моделирование (И.В. Давыдовский).

Литература

Аронов Р.А. *Вопросы философии.* № 1, 1969.

Вартанян М.Е. Вестник Академии медицинских наук. № 4, 1969.

Давиденков С.Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Ленинград. 1947.

Давыдовский И.В. Общая патология человека. — М., 1961.

Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). М., 1962.

Еу. Henry. *La conscience. Paris, 1963.* Гегель. *Сочинения, том V, стр. 38, Москва, 1937.*

Гризингер В. *Душевные болезни. Петербург, 1867.*

Каннибах Ю. История психиатрии. Москва, 1928. *Kraepelin E. Zeitshrift, f. d. g. Neurologie u. Psychiatric Bd. 62, 1963.*

Маудсли (Модели) Г. Физиология и патология души. Петербург, 1871.

Снесарев П.Е. Теоретические основы патологической анатомии

психических болезней, Москва, 1950.

Шиле Г. Руководство к душевным болезням. Харьков, 1880. Ушаков И.А. Вопросы философии. № 6, 1967.

Лекция 9. Психиатрический диагноз

Лекции по общей психопатологии

Снежневский А.В.

Среди болезней современного нам мира главное место занимают злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые заболевания и психические болезни. Возможно, что это расплата нашего времени за снижение инфекционных заболеваний, удлинение жизни человека, за напряженный, нарастающий темп жизни, сопровождаемый постоянным стрессом.

Если резкое уменьшение инфекционных заболеваний было делом не одной только страны, а результатом деятельности врачей ряда стран, то борьба за снижение заболеваемости названными многими болезнями возможна только при постоянном сотрудничестве врачей всех стран. Это пытаются в настоящее время осуществить Всемирная организация здравоохранения — ВОЗ.

Первым шагом в области международного сотрудничества стало создание единой для всех стран классификации болезней.

Но работа по созданию совершенной классификации психических болезней обнаружила отсутствие единого их понимания не только между психиатрами отдельных стран, но и внутри каждой страны.

Оказалось, что в название одной и той же болезни психиатры разных стран и школ вкладывают различное содержание. То, что одни считают процессом, другие относят к патологическим реакциям. Упоминаемая в наших учебниках и диссертациях «нозологическая эра» Крепелина во многих странах еще не наступила. Она существует лишь в Германии, в нашей стране, отчасти в Японии и Австрии. Крепелинговская классификация психических болезней фактически исчерпывается только названиями болезней (номенклатурой).

Созванные ВОЗ международные диагностические семинары, симпозиумы обнаружили расхождения в диагностике и понимании психических болезней среди психиатров разных стран. Это послужило поводом к тому, что английские психиатры со свойственной им последовательностью, педантичностью начали изучать методику психиатрической деятельности, начиная с симптомов, но не в виде главных и второстепенных признаков дифференциального диагноза болезни, а в виде определения симптомов психических болезней, одинаково воспринимаемых всеми психиатрами,

симптомов, реже воспринимаемых, и симптомов, воспринимаемых отдельными странами. Путь этот не только бесконечно длинный, но и неверный в своей основе. Симптомы, признаки болезни не воспринимаются, а познаются исходя из предмета познания.

Сам по себе симптом всегда многозначен, симптом принимает свое знаковое бытие, начинает обозначать что-либо только в составе синдрома, симптомокомплекса, статуса. Абстрагированное изучение симптомов с целью достижения взаимопонимания психиатров разных школ и стран бесполезно.

Задача, следовательно, не ограничивается исследованием значения симптома и познания болезни, а шире — в методологии диагноза. По мере развития методологии психиатрического диагноза будет углубляться и знание психических болезней, и взаимопонимание психиатров.

Речь идет не просто о психиатрическом диагнозе, а о диагнозе болезни вообще. Психиатр, так же, как врач другой специальности, оперирует общими закономерностями патологии. Это не нивелирует диагностику отдельных больных — нервных, психических. Каждая из них обладает своими особенностями. Наш талантливый невропатолог Аствацатуров называл неврологический диагноз алгебраическим. Невропатолог в результате обнаружения симптомов, оперируя многими неизвестными, определяет точку поражения головного мозга, особенности патологического процесса. Так же, как неврологический диагноз отличается от диагноза внутренних болезней, так и психиатрический диагноз отличается от диагноза интернистского и неврологического. Психиатр в еще более сложных условиях, чем невропатолог. Психиатр решает по психопатологическим проявлениям вопрос об особенностях изменения физиологической деятельности мозга и его структурных изменениях. Если неврологический диагноз называют алгебраическим, то психиатрический диагноз можно сравнить с математической логикой. Еще во многих случаях справедливы и сейчас слова Гризингера: «Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приблизительно, а механизма совсем не знает».

В.Х-Василенко в своей очень интересной статье в БМЭ «Диагноз и диагностика» выделяет три раздела диагноза. Первый — диагностическая техника, второй — значение проявлений болезни для диагноза, то есть семиология диагноза, и, наконец, третий раздел — особенности мышления, особенности диагностического познания.

Если первый раздел — диагностическая техника — имеет право на самостоятельное существование, то два других раздела:

значение семиологии для диагноза и особенности диагностического мышления невозможно разделить. Особенности мышления — определяются предметом этого мышления, предметом познания, и, следовательно, особенности диагностического мышления определяются семиологией.

Что же касается диагностической техники психиатра, то, как вы все знаете из своего опыта, она скудна, она беднее, чем у врачей любой другой дисциплины. Мы пользуемся расспросом, наблюдением и анамнезом. Соматические признаки играют у нас, в общем, незначительную роль: ликвор, состояние глазного дна при грубо-органических поражениях, прогрессирующем параличе, опухолях, энцефалитах; изменения крови, мочи и др. — при экзогенных психозах. Следует упомянуть о тех общих положениях, с которыми психиатр встречается при исследовании психических больных.

Гардия в прошлом веке писал следующее: «Специфический характер болезни нелегко поддается распознаванию. Симптомы представляют только внешнее проявление болезни. Их перечисление и описание не составляют больших трудностей, но сгруппировать их, объяснить, свести к признакам общего характера, привести если не к единству, то по крайней мере к главным элементам, от действия к причинам — это весьма нелегкая задача, для которой не всегда достаточно таланта, даже гениальность, опирающаяся на опыт. Как трудно уловить все эти рассеянные черты изменчивой физиологии болезней у постели больного, где природа говорит не тем языком, как книга».

Оршанский говорил, что при исследовании больного психиатр обнаруживает, что «сама картина болезни руководит ходом исследования, и врачу приходится приспосабливаться и применяться к пестрой смене симптомов, ловить их на лету и уже позже складывать в своей голове и строить по ним цельное представление о болезни». Это замечание важно, ибо во многих учебниках рекомендуются схемы исследования больных, схемы описания статуса. Подобного рода искусственная, уже заранее схематизированная анкета проявления болезни, особенностей течения ее у отдельного больного часто уводит врача от диагноза, если не болезни, то больного.

Далее, к технике психиатрического диагностического исследования следует упомянуть еще об одной особенности, которая, впрочем, имеет отношение ко всем болезням. Речь идет о значении субъективного, о ценности самонаблюдения больного.

Одно время к этой стороне распознавания болезни относились весьма скептически, считалось, что она лишена объективности.

Последнее особенно подчеркивали нейрофизиологи, правда, обращаясь при этом, как они называли, к словесному отчету больного. Рубинштейн с полным основанием утверждал, что самонаблюдение имеет объективное значение, оно неизбежно при любом исследовании человека. Когда мы при распознавании болезни обращаемся к самонаблюдению больного, то мы не требуем о него психиатрической классификации его переживаний, мы ищем в данных его самонаблюдениях объективные проявления болезни.

Любая болезнь, будь то соматическая или психическая, начинается с боли, понимая под болью всякое субъективное тягостное ощущение, всякого рода дискомфорт. Эти тягостные явления при всех заболеваниях, психических и соматических, как правило, представляют первичные признаки болезни. Однако Лериш говорил, что это, к сожалению, не первый признак болезни, а уже развитие болезни. Болезнь начинается первоначально безмолвно, появление боли означает, что болезнь уже охватила организм, и только тогда больной оказывается у врача.

Умение расспросить больного, активизировать его самонаблюдение является в ряде случаев решающим моментом для распознавания болезни.

Все это самые общие соображения о технике диагностического исследования.

Многие авторы выделяют два вида диагноза: один носит название диагноза узнавания и относится к примитивному диагнозу. Другой диагноз — методический, полный диагноз.

Диагноз узнавания осуществляется путем припоминания. Врач, видя больного, припоминает подобные же случаи из своего прошлого опыта, из книг, из учебника и на этом основании ставит диагноз. Этот диагноз считается низшим диагнозом, в котором отсутствует элемент исследования.

Диагноз методический основывается на изучении всех особенностей проявления болезни, всех ее отклонений, а также на анамнезе, в том числе семейном, на особенностях течения болезни, на предшествующих изменениях. Этот диагноз патогенетический.

Приведенная дискредитация диагноза узнавания вряд ли правильная. Диагноз узнавания — первый этап распознавания болезни, он продукт организованного опыта врача. Во всех случаях с этого начинается диагностика, а в острых неотложных случаях только она и возможна.

Этот диагноз — плод познаний на основе организованного опыта. Английский философ Льюис интуицию называет организованным и автоматизированным опытом. Диагноз узнавания — первый этап любого врачебного диагноза любой болезни. С этого этапа начинается дальнейшее углубление распознавания болезни. Диагноз, по мере познания особенностей состояния, особенностей течения, становится более полным и наконец сливается с прогнозом. Полный диагноз — это диагноз с совершенным прогнозом. Диагноз и прогноз — слитные понятия. Распознавание болезни во всех ее закономерностях течения, во всех ее индивидуальных особенностях обеспечивает полное предсказание ее дальнейшего течения и исхода. Естественно, если уровень развития науки недостаточен, то и диагноз будет недостаточно полным и прогноз далеко не совершенным. Сейчас каждый из психиатров часто испытывает неудовлетворенность, а нередко и беспомощность при попытке прогнозирования болезни. В лучшем случае мы можем сказать, что в одном случае приступ закончится ремиссией, в другом — болезнь будет течь непрерывно. Но определить продолжительность ремиссии, предсказать время наступления следующего приступа, возможность его наступления — мы еще не можем. Таков уровень современного развития психиатрии. Он свидетельствует о том, что психиатрический диагноз в наше время еще не может считаться достаточно полным.

Распознавание любой болезни, в том числе и психической, начинается с симптома, с отдельных симптомов. Но симптом — признак многозначный, и распознать нозологически самостоятельную болезнь на основании симптомов невозможно.

«Отдельный симптом и его подробный анализ никогда не могут привести нас к желаемой цели, к распознаванию болезни. Отдельный симптом приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами — в симптомокомплексе» (Крафт-Эбинг).

В семиологии по этому поводу говорится: знак (симптом) получает свое знаковое событие только в совокупности с другими знаками, т.е. в синдроме. Синдром — клиническая единица первого порядка — представляет собой биологическую структуру. Синдром — патогенетическое образование. Конкретных знаний о патогенезе психопатологических синдромов еще нет. Тем не менее благодаря исследованиям, пусть в конечном счете эмпирическим, Джексона, Корсакова, Хохе, Крепелина, Крамера, Оршанского, Павлова, Эя и др. мы можем по особенностям синдрома судить о характере и тяжести расстройства психической деятельности.

Каждый из психопатических синдромов выражает определенный

уровень тяжести расстройства психической деятельности. Шкала тяжести расстройства следующая: наиболее легким, выражающим наименее глубокое расстройство психической деятельности, является астенический синдром, с него начинаются все виды психического расстройства. Далее по тяжести расстройства идут аффективные синдромы, причем депрессивные синдромы свидетельствуют о меньшей тяжести расстройства психической деятельности, чем маниакальные. За аффективными следуют так называемые невротические синдромы: истерические, навязчивости, сенестопатически-ипохондрические, деперсонализация, дисморфофобия. Последующее углубление расстройства — свидетельство более глубокого нарушения психической деятельности — паранойяльные синдромы, галлюци-ноз, далее галлюцинаторно-параноидные расстройства, фантастические или парафренные со всеми видоизменениями (фантастическими, конфабуляторными), за ними — кататонические, наконец, — синдромы помрачения сознания, судорожные и ряд психоорганических расстройств. Приведенная шкала не нова: это более подробное изложение того, что было получено представителями учения об едином психозе. При этом следует упомянуть о той упрощенной критике концепции единого психоза, которую можно найти почти во всех наших учебниках и диссертациях. Страницы, посвященные учению о едином психозе, являются блестящими достижениями психиатрии XIX века. Психиатры того времени изучали общие закономерности расстройства психической деятельности, свойственные всем психическим болезням. Они пытались по особенностям психического расстройства определить тяжесть поражения, найти патофизиологические закономерности расстройства психической деятельности, их особенности. Они шли в своих исследования тем же путем, что и все естествознание.

Кедров указывает, что все естествознание развивалось вначале по пути первоначального обнаружения общих закономерностей и лишь в дальнейшем — частных. Этим же путем, вместе со всем естествознанием, следовала и психиатрия. Поэтому оценка работ Целлера, Гризингера, Шюле, Малиновского должна быть иной. Уровень критики необходимо повышать не только в философии, но и в других дисциплинах, в том числе и в психиатрии. У нас все еще принято стандартно предавать анафеме, кроме учения об едином психозе, и концепцию Бонгеффера.

Приведенная шкала симптомов говорит только об одной их стороне — о патологически продуктивных или позитивных расстройствах. Когда мы говорим: «астенический синдром», «депрессивный синдром», «маниакальный синдром» — это обозначение позитивных, патологически продуктивных расстройств. Но в каждом синдроме содержится и другая

сторона: негативные изменения. Первым указавшим на это был Джексон, который говорил о том, что клиническая картина психического расстройства складывается из двух видов расстройств: негативные расстройства («выпадение») и позитивные. Последние могут проявиться только при негативных, то есть только в результате выпадения деятельности высшего уровня может проявиться деятельность более низкого уровня — источника позитивных явлений. Иначе говоря, негативные и позитивные расстройства выступают вместе. Позитивные и негативные симптомы не тождественны, но существуют в единстве. Негативные расстройства могут быть функциональными, обратимыми и могут быть необратимыми различной тяжести. Это выражение общей особенности жизнедеятельности головного мозга. Головной мозг на действие вредности реагирует общими видами расстройства: раздражением и выпадением, что относится и к неврологии, и к психиатрии, только выступает по-разному, в зависимости от уровня его деятельности.

При этом обнаруживается одна особенность в единстве синдрома, в состоянии позитивных и негативных расстройств: позитивные расстройства переменны, чрезвычайно разнообразны, негативные — инвариантны. Пример — прогрессивный паралич, его позитивные расстройства: маниакальное состояние, эйфорическое, мегаломанический бред, депрессия, ажитированная, галопирующая форма со спутанностью — такова переменность позитивных расстройств. Негативные расстройства инвариантны: прогрессивно развивающееся выпадение, носящее название паралитического слабоумия. То же самое относится и к шизофрении. Шизофренические позитивные синдромы исключительны своей переменностью, негативные — инварианты. Они заключаются первоначально в дисгармонии личности (так называемые психопатоподобные изменения), далее, усиливаясь, они приводят к явлениям регресса личности и наконец — к дефектному состоянию, шизофреническому слабоумию.

При сопоставлении позитивных и негативных расстройств, при всех психических болезнях, одинаково обнаруживается переменность первых и инвариантность вторых. Но то и другое выявляется и существует в единстве. Углубление негативных расстройств обуславливает и особенности позитивных. Маниакальное состояние при прогрессивном параличе и маниакальное состояние при шизофрении различное. Это и позволяет ставить диагноз болезни по состоянию больного, даже без анамнеза, по особенностям синдрома. Но такой нозологический диагноз нельзя назвать полным диагнозом, это абстрагирование, нозологический диагноз — диагноз вообще старческого слабоумия, вообще прогрессивного паралича,

вообще шизофрении.

Полный диагноз ставится на основании изучения связи состояний, то есть установления последовательности в смене синдромов, то есть на основании стереотипа развития болезни. «Клинический диагноз на основании всего течения болезни, на совокупности отдельных фаз и периодов болезни. Только течение болезни в состоянии дать материал для выяснения происхождения болезни — патогенеза и исхода ее» (Оршанский).

В исследовании связи состояний, то есть в смене синдромов обнаруживается патогенез болезни, ее нозологические особенности. Основанием нозологической единицы является единство этиологии и патогенеза. Нозологические единицы группируются по единству этиологии патогенеза. Нозологическое выражение процесса обнаруживается в смене синдромов, в связи состояний, которая является опосредованным организмом следствием действия болезнетворной причины. Это противоречит привычному шаблону мышления, считавшему, что клиническая картина болезни непосредственно обусловлена действием причины: И.В. Давыдовский называет подобный прием линейным объяснением причины и следствия.

Соотношение причины и следствия, соотношение причины и патогенеза — сложное и неоднозначное. Самый банальный пример этого: сифилис — этиология, а нозологических единиц, причиной которых является нейросифилис, много: сифилитические психозы, гумма головного мозга, спинная сухота, прогрессивный паралич. Из этого следует, что нозологическая единица, а следовательно, и диагноз, определяются установлением единства причины и следствия.

Другим примером сказанного могут быть алкогольные психозы. Их много, они все нозологически самостоятельны: бред ревности пьяниц, алкогольный галлюциноз, белая горячка, корсаковский синдром, алкогольный псевдопаралич — нозологически они самостоятельны, а этиология их одна и та же: хроническая интоксикация алкоголем.

Но в соотношении причин и следствия обнаруживается и противоположное. То, что Давыдовский называет «эквивалентностью»: разные причины приводят к одному и тому же следствию. Это результат экономии приспособительных механизмов организма.

Различного рода интоксикации, инфекции приводят к эквивалентным результатам, к экзогенного типа реакции Бонгеффера: делирию, амнезии, эпилептическому возбуждению

— вне зависимости от различия причин. Делирий может наступать и в результате рожистого воспаления и воспаления легких, и интоксикации алкоголем, и в результате действия, других вредностей. Бонгеффера многие осуждали за антинозологизм, однако И.В.Давыдовский, далекий от психиатрии, обосновал эквивалентность в качестве закономерности общей патологии. Бонгеффер обнаружил ее в психической патологии и пытался объяснить образованием в организме общего для многих вредностей «промежуточного звена».

Эквифинальны не только экзогенные реакции. Эквифинальна группа периодических психозов: сенильноподобные психозы, описанные С.Г.Жислиным, неотличимы своей клинической картиной от некоторых форм сенильного слабоумия, хотя они и вызываются экзогенной причиной. Эквифинальны также шизофреноподобные синдромы. Наконец, описанная в последние годы группа так называемых переходных экзогенных психозов, эндоформных по своим проявлениям, возникает также от различных причин.

Следовательно, при распознавании болезней необходимо всегда помнить об этих двух особенностях: одна и та же причина может дать разные следствия, образующие отдельные нозологические единицы, и, с другой стороны, разные причины дают одно и то же следствие, одинаковое клиническое выражение.

Клинические различия между упомянутыми двумя путями развития патогенеза выражаются в том, что динамические, острые расстройства — экзогенные реакции, депрессивно-параноидные состояния, острые галлюцинаторно-параноидные состояния — часто эквифинальны, в то время как медленно развивающийся процесс обнаруживает тенденцию прогрессировать по типу клише, стереотипу клинического развития. Но оба типа патогенеза одинаково выражают реализацию сложившихся в эволюции (на это указывает Давыдовский) приспособительных механизмов организма.

Далее, мы знаем, что в ряде случаев инфекционные заболевания приводят к психозу экзогенного происхождения, но по истечении некоторого времени этот психоз становится все более и более эндогенным по своим проявлениям и наконец затягивается, становится явно эндогенным, шизофреническим.

Имеется и обратное соотношение. В ряде случаев группа органических процессов, как прогрессивный паралич, артериосклеротическое и сенильное слабоумие, начинаются с аффективных, паранойяльных, галлюцинаторно-параноидных или шизофренических расстройств, а в дальнейшем — по мере развития процесса — такого рода эндоформные расстройства

исчезают, а процесс становится органическим.

Следовательно, абсолютное противопоставление эндогенного или экзогенного — в практике не всегда находит достаточно основания. Нозологический догматизм затрудняет нашу диагностику, приводит к диагностическим ошибкам. Но из этого не следует, что в психиатрии отсутствуют нозологические единицы. Они есть, но еще не окончательны. В создании нозологии психиатры проделали огромную работу, которая подтверждается практикой, но которая еще далека от совершенства. Существующие сейчас нозологические единицы не являются окончательными, требуется еще большая и терпеливая работа по изучению всех особенностей течения процессов и их закономерностей. В результате будет преодолен существующий «жесткий» нозологизм, будет преодолено и принятие синдрома за нозологическую единицу.

В течение десятилетий, начиная с Крепелина, идет дискуссия о существовании паранойи. Она происходит оттого, что паранойяльный синдром принимается за нозологическую единицу. Исследования последних лет показывают, что паранойяльное состояние — это синдром, иногда длительное время существующий, иногда очень недолго, иногда он представляет собой резидуальную паранойю после перенесенного приступа шизофрении, иногда это первая стадия развития шизофрении. В других случаях это острый приступ, то, что раньше называли острой паранойей, а на самом деле «шуб» или приступ шизофрении. Наконец, это эндоформное развитие органического артериосклеротического или сенильного процесса.

То же самое происходит с так называемыми функциональными психозами позднего возраста, выделенными в свое время Майер-Гроссом. Изучение этого рода психозов показывает, что они лишь синдромы, относящиеся к разным нозологическим единицам: поздней шизофрении, позднему маниакально-депрессивному психозу, или это первые стадии развития органических психозов — сенильного или артериосклеротического слабоумия.

То же самое можно сказать и о классических формах шизофрении: параноидная, кататоническая, простая, гебефреническая представляют собой синдромы, этапы, временный параметр развития непрерывного процесса.

Вот это все примеры дальнейшего развития психиатрической нозологии. Это путь, который приведет к взаимопониманию отдельных психиатрических школ — внутринациональных и межнациональных. Но диагнозом болезни, ее формы диагностика не исчерпывается. Как известно, в любой

патологической единице неизбежно возникают формы, ибо патогенез — чрезвычайно разветвленный процесс со множеством звеньев, и поэтому он развивается не всегда одинаково.

Необходимо кроме диагноза болезни распознавать диагноз больного. Чиж в своей монографии «Методология диагноза» считает, что диагноз болезни — научный диагноз, а диагноз больного доступен далеко не всякому, он является искусством, для того чтобы поставить диагноз больного, необходимо вчувствование, необходима особая проницательность. С ним можно согласиться в одном — что для распознавания болезни, как, впрочем, и для любого другого исследования, необходимы кроме знания своей специальности и личные способности, проницательность и достаточно высокий общий культурный уровень. Но это другая сторона задачи. Диагноз больного остается и принадлежит науке, исследованию. Когда мы говорим о стереотипе течения, то мы пользуемся обобщением, усредненными данными, а любая закономерность — это есть нечто среднее с постоянными индивидуальными отклонениями в ту или другую сторону от этой средней. Для того чтобы поставить диагноз больного, то есть установить особенности течения болезни у конкретной личности с ее индивидуальными особенностями, необходимо знать общие закономерности течения болезни. Без знания особенностей течения любой болезни невозможен диагноз больного.

Если психиатр не знает всех особенностей течения, например, шизофрении, то он ограничивается наклейкой ярлыка этой болезни. Он не сможет обнаружить, как течет болезнь у данного больного. Диагноз больного — это есть распознавание всех особенностей реализации общих закономерностей у отдельного больного.

Диагностическая мысль движется от общего — нозологии, от формы болезни — к реализации у исследуемого больного. Диагноз больного является завершающим этапом диагностики.

Он требует максимальной индивидуализации. В земской медицине было такое неписаное правило: каждого больного называть по имени и отчеству. Это было не ханжество, а индивидуализация не только диагноза больного, но и его терапии. Основной закон терапии — лечить не болезнь, а больного. Индивидуализация одинаково нужна и при реадaptации и трудоустройстве. А для этого прежде всего необходим диагноз больного со всеми особенностями проявления и течения болезни.

В английских больницах сейчас введена так называемая групповая терапия. Ежедневно собирается группа больных для

обсуждения личных проблем. Происходит это в фрейдистско-баптистском духе, подражать которому не стоит. Но в этой групповой терапии есть одна ценная особенность. При таком обсуждении личных проблем больной выделяется из безликой массы, становится личностью и для других больных, и для персонала. Он перестает быть единицей шагающего батальона шизофреников, он не идентифицируется с койко-днем, человеко-приемом. Чехов говорил, что даже в сером заборе провинциального города можно найти что-то свое, какую-то индивидуальность. В нашей же практике инструкции, методические письма, приказы, психофармакологический ажиотаж и все другое прочее заслоняют порой больного со всеми его личными особенностями течения болезни, лечения, устройства его судьбы. При этом забывается, что психиатрический диагноз больного, его индивидуальное лечение совершенно несовместимы с шаблоном и стандартом.